

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich
die Praxis Orthopädie Lengerich, Bahnhofstraße 13 in 49525 Lengerich

Patient(in): Vorname	Name	Geb.-Datum
----------------------	------	------------

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort)

von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend der Weitergabe von Arztberichten, Befunden, Diagnosen, Therapien und Auskünften an weiterbehandelnde Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser, Weitergabe der Rezepte und Berichte an Familienangehörige und an medizinische Betreuer und Pfleger/in.

Folgende Personen (**Vor- und Nachname**) dürfen Unterlagen (Rezepte, Berichte, Einlagen) in meinem Namen abholen:

Diese Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Ich bin mit der obigen Erklärung einverstanden.

Ich bin mit der obigen Erklärung **nicht** einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r