



## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber einer Person meines Vertrauens

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_  
(Vorname Nachname Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(vollständige Adresse)

alle mich behandelnden Ärzte der Kardiologie im Gundlach-Carré von ihrer Schweigepflicht. Die unten genannten Personen dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten und Befunde und Unterlagen in der Praxis in Empfang nehmen.

**Person 1:** \_\_\_\_\_  
(Vorname Nachname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Beziehung zum Patienten)

**Person 2:** \_\_\_\_\_  
(Vorname Nachname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Beziehung zum Patienten)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift)

Bitte ankreuzen: Ich möchte eine Kopie dieser Erklärung. Ja  Nein