



Familienmedizin Eifel

Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Adresse

die Fachangestellten und Fachärzt:innen der Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin Familienmedizin Eifel von ihrer Schweigepflicht gegenüber

.....
Name, Vorname, Anschrift

.....
Geburtsdatum

.....
Name, Vorname, Anschrift

.....
Geburtsdatum

.....
Name, Vorname, Anschrift

.....
Geburtsdatum

.....
Name, Vorname, Anschrift

.....
Geburtsdatum

und erkläre mich damit einverstanden, dass

- Zutreffendes bitte ankreuzen -

meine Behandlungsdaten und Befunde [Blutwerte, Röntgenbefunde. etc.]
den oben genannten Personen (auch telefonisch) mitgeteilt werden dürfen.

die oben genannten Personen meine Rezepte, Heilmittelverordnungen, Überweisungen
und Hilfsmittelversorgungen in der Praxis abholen dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindung jederzeit ändern und anpassen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten