

Entbindung vom ärztlichen Berufsgeheimnis

durch

Patientin / Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Falls die Patientin/der Patient vertreten wird, bitte hier vertretungsberechtigte Person angeben
(Eltern / Erziehungsberechtigte / andere)

Ich entbinde folgende Ärztinnen und Ärzte oder Institutionen von Ihrem Berufsgeheimnis
(Wer wird ermächtigt, medizinische Informationen weiterzugeben?)

und erlaube Ihnen folgende medizinische Informationen
(Welche Informationen dürfen weitergegeben werden?)

an folgende Ärztinnen/Ärzte oder andere Personen oder andere Institutionen
weiterzugeben.
(An wen dürfen die Informationen weitergegeben werden?)

Ort und Datum

Unterschrift der Patientin
(ggf. gesetzliche Vertretung)