

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich:

Vorname, Name, Geb.-Datum

Adresse

Fachpraxis für Kieferorthopädie Dr. Mayer & Dr. Wüsten

Praxisname

Bahnhofstraße 64; 35390 Gießen

Adresse

Von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend der Weitergabe von Arztberichten, Befunden, Diagnosen, Therapien und Auskünften an weiterbehandelnde Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen.

Einschränkungen (z. Bsp. nur Befunde eines bestimmten Zeitraums / nur bestimmte Befunde):

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in