

Schweigepflichtsentbindung

Einverständniserklärung Schweigepflichtentbindung

Bezüglich Patient: **Name, Vorname, Geburtsdatum**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Zusendung der gewünschten Krankenunterlagen an:

Falk P. Scholz; Pfothenhauer Str. 75; 01307 Dresden

und entbinde die behandelnden Ärzte/Therapeuten:

.....

von der Schweigepflicht.

Datum & Unterschrift der Patientin/des Patienten, der gesetzlichen Vertreter