

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Strasse: _____

PLZ/ Ort: _____

Befreiung von der Schweigepflicht

Gegenüber folgenden Angehörigen entbinde ich die Ärzte und Mitarbeiterinnen des MVZ Laim GmbH von der Schweigepflicht, d. h. es darf über Befunde u. ä. Auskunft gegeben werden. Auch dürfen Rezepte, Überweisungsscheine u. ä. an unten genannten Personen ausgehändigt werden:

.....

München, den

Unterschrift:
Bei Minderjährigen (< 18. LJ.) des Erziehungsberechtigten

Für interne Vermerke

Annehmende AH:

Scannende AH: