

Angestellte Ärzte:

Einwilligung zur Befundübermittlung

Ich: _____
Vor. – und Nachname, Anschrift und Geburtsdatum:

entbinde folgende Ärzte:

von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

der orthopädischen Gemeinschaftspraxis Reutlingen, Kaiserstr. 26/1, 72764
Reutlingen

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der
Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

Datum:

Unterschrift ggf. gesetzlicher Vertreter: _____