

**Angestellte Ärzte:**

## Einwilligung über Befundauskunft

Ich: \_\_\_\_\_  
Vor. – und Nachname, Anschrift und Geburtsdatum:

entbinde folgende Ärzte:

**Orthopädische Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. Michael Kühn, Dr. med. Jens Knak, Ferdinand Heber, Dr. med.  
Matthias Mutzek, Dr. med. Sabine Hövelborn  
deren Vertreter und Mitarbeiter  
Kaiserstraße 26/1  
72764 Reutlingen**

von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

\_\_\_\_\_  
Vor. – und Nachname, Anschrift und Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_