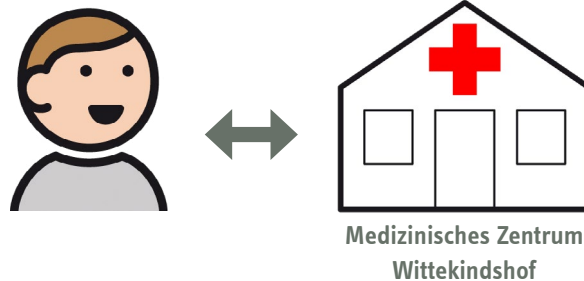


Schweigepflichts- entbindungserklärung Medizinisches Zentrum

Grafiken: Metacom, Annette Kitzinger



Für

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Hiermit stimme ich

- persönlich
 als gesetzlicher Betreuer (für o.g. Person)

zu, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Zentrums Wittekindshof
und die folgende Person/Institution/Praxis:

Name, Anschrift:

Institution/Praxis, Anschrift:

der Schweigepflicht unterliegende Geheimnisse und/oder Informationen (insb. Diagnosen und Befunde) über mich untereinander weitergeben dürfen.

Ich entbinde sie damit gegenseitig von ihrer Schweigepflicht gem. § 203StGB.

Die Informationsweitergabe dient der bedarfsgerechten Behandlung im Medizinischen Zentrum Wittekindshof.

Diese Erklärung kann jederzeit in Textform mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Ort, Datum

ggf. Unterschrift gesetzliche*r Vertreter*in