



Entbindung der Schweigepflicht

_____ (Name des Patienten)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern offen gelegt werden, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter der Schweigepflicht unterliegen eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen/ Angehörige weiter gegeben werden dürfen, nachdem die Identität festgestellt wurde.

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Stadtallendorf, den _____

(Unterschrift)