



Schweigepflichtentbindung

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und
Übergabe der Patientenkartei.

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte von der Schweigepflicht:

Praxisname: _____

Die Patientenkartei und vorliegende Fremdbefunde sollen an DIE PRAXIS geschickt werden. Diese Schweigepflichtenbindung kann von mir jederzeit, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

KONTAKT:
www.diepraxis-harz.de

Klubgartenstraße 3
38640 Goslar

Tel.: 05321 – 38 32 321
Fax: 05321 – 38 32 322

goslar@diepraxis-harz.de

Herzog-Wilhelm-Straße 86
38667 Bad Harzburg

Tel.: 05322 – 53 000
Fax: 05322 – 55 87 443

badharzburg@diepraxis-harz.de