

|   |   |   |               |
|---|---|---|---------------|
| Augenärztliche<br>Gemeinschaftspraxis<br>Dres. Hoffmann /<br>Lindemann &<br>Partner | <b>Formular</b>                           | Änder-Stand<br><b>01</b><br><b>11.05.16</b> | <b>F-33.3</b> |
|   | <b>Entbindung von der Schweigepflicht</b> | Seite<br>1/1                                |               |

Ich, \_\_\_\_\_,  
Vor- und Zuname

wohnhaft \_\_\_\_\_,  
vollständige Anschrift

geboren am \_\_\_\_\_,

willige ein, dass mein Arzt Dres. Hoffmann/Lindemann & Partner aus der Praxis/Klinik  
vollständiger Name

\_\_\_\_\_  
Vollständiger Name und Anschrift z.B. vom Hausarzt

zum Zwecke \_\_\_\_\_ durch  
Zweck der Datenübermittlung z.B. Befundbericht/ Rezepte etc.

\_\_\_\_\_  
Name, Praxis und Anschrift des Datenempfängers

die Befunde der Untersuchungen vom \_\_\_\_\_ an diesen weiterleitet.  
Zeitraum/einmalig/wiederkehrend

Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig ist und von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift