

Augenärztliche Gemeinschaftspraxis Dres. Hoffmann/ Lindemann & Partner	Formular	Änder-Stand 00 26.04.18	F-33.4
	Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Angehörigen	Seite 1/1	

Patientendaten:

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

vollständige Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Angehörige auf Nachfrage Auskunft über die Befunde der Untersuchungen oder das Rezept erhalten:

vollständiger Name und Anschrift

Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Tochter)

vollständiger Name und Anschrift

Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Tochter)

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