

Name, Vorname, Geb.-Datum

Anschrift

ERKLÄRUNG

- Ärztliche Schweigepflicht -

Hiermit entbinde ich

Name des Arztes/der Ärztin

Anschrift

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass Epikrisen, Untersuchungsergebnisse, Röntgen- und Laborbefunde bezüglich meiner Krankheit/meines Leidens im Behandlungszeitraum vom bis zur Auswertung dem

Kreis Soest
53-Gesundheit

Hoher Weg 1 – 3
59494 Soest

zur Verfügung gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift