

RZ Rheumazentrum Eltville MVZ GmbH	Schweigepflicht- Entbindung HA/FA	 Rheumazentrum Eltville
---------------------------------------	--	--

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, _____(Vorname, Nachname)

geboren am _____

wohnhaft _____

_____ (vollständige Adresse)

alle mich behandelnden Ärzte im Rheumazentrum in Eltville, Wilhelmstr. 3, 65343 Eltville, von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinem Hausarzt/Facharzt:

Name und Anschrift der Hausarztpraxis/Facharztpraxis:

Alle genannten Arztpraxen dürfen Auskünfte über meine rheumatologische Erkrankung und mein Gesundheitszustand erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass ein schriftlicher Befundbericht an den o.g. Haus/Facharzt versandt wird.

Diese Schweigepflichtentbindung kann von mir jederzeit, auch in Teilen, ohne Angabe von Gründen widerrufen werden

Ort, Datum

Unterschrift

Erstellt von: Sapphira Konopka	Dokument Nr.: QM-2.2.1-03	Revisionen: 0	Freigabe Datum: 11.01.2024
Freigabe: Dr. Brand	Vertraulichkeit: Gering	Letzte Prüfung: 01/2024	Seite: 1/1