

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB)

Hiermit entbinde ich

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Adresse (Straße + Hausnummer, PLZ, Ort) _____

folgenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht:

Name des Arztes _____

Praxisadresse _____

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde
Behandlung und deren Befund

an die Hausarztpraxis im Leinetal (Göttinger Straße 18A in 37176 Nörten-Hardenberg)
übermittelt werden.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung
über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen
kann.

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten / ggf.
des gesetzlichen Vertreters