

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Name:.....
Vorname:.....
Geb.-Datum:.....
Wohnort m. PLZ:.....
Straße:.....

Bei Kindern für

Name:.....
Vorname:.....
Geb.-Datum:.....

Hiermit entbinde ich meine/n behandelnde/n Haus-/Fachärztin/Haus-/Facharzt,
Frau/Herrn

.....

von der ärztlichen Schweigepflicht und willige ein, dass sie/er bei weiteren Leistungs-
erbringern Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und der weiteren
Behandlung einholen und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte und nicht-
ärztliche Therapeuten übermitteln darf.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum:.....

.....

Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters

Für nachfolgend genannte Ärztinnen/Ärzte/Behandler erteile ich meine Zustimmung nicht
(Name und Anschrift):

.....
.....
.....