

## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_  
die Praxisgemeinschaft Merklingen von der Schweigepflicht gegenüber folgender Person/en:

Herr/Frau \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

Herr/Frau \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

Herr/Frau \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

Herr/Frau \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

Folgendes darf an oben genannte Personen weitergegeben werden:

- Rezepte und Überweisungen
- Facharzt- oder Krankenhausbefunde
- Laborergebnisse

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_