



Entbindung von der Schweigepflicht

Ich

Name, Vorname, Geburtsdatum

entbinde hiermit die Praxis „Hausärzte Kulsheim – Dr. Dietz & Kollegen“ vollumfänglich von der Schweigepflicht gegenüber

1. Name, Vorname, Geburtsdatum

2. Name, Vorname, Geburtsdatum (nicht verwendete Zeilen bitte durchstreichen)

3. Name, Vorname, Geburtsdatum (nicht verwendete Zeilen bitte durchstreichen)

4. Name, Vorname, Geburtsdatum (nicht verwendete Zeilen bitte durchstreichen)

- Ich gestatte ebenfalls die Kommunikation mit der/den oben genannten Person/en per eMail, wenn dies in verschlüsselter Form geschieht und damit nur für die oben genannten Person/en einsehbar ist. Der dazugehörige Schlüssel wird separat ausgehändigt.
Die dafür vorgesehene eMail-Adresse lautet:

zu 1.

zu 2. (nicht verwendete Zeilen bitte durchstreichen)

zu 3. (nicht verwendete Zeilen bitte durchstreichen)

zu 4. (nicht verwendete Zeilen bitte durchstreichen)

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters
(bei gesetzl. Vertreter: bitte auch in Druckbuchstaben)

