



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Hiermit entbinde ich Dr. med. Thomas Kadzidroga und das Praxisteam gegenüber den folgenden Personen bzw. Stellen von der ärztlichen Schweigepflicht:

Name, Anschrift (Ärztin/Arzt, Klinik, Angehörige, Versicherung, Behörde)

Umfang ☐ alle Befunde und Unterlagen ☐ nur folgende Unterlagen/Zeitraum:

Einschränkung

Zweck ☐ Weiterbehandlung ☐ Versicherung/Antrag ☐ Auskunft an Angehörige ☐ Sonstiges

Die Entbindung gilt in beide Richtungen: Die genannten Stellen dürfen der Praxis ebenfalls Auskunft geben. Ich kann diese Erklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Gültig bis (freiwillig)

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in