



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, Vor- und Nachname:

.....

Anschrift:

Geburtsdatum und -ort:

.....

alle Ärzte der Schmerzpraxis Wiesbaden von ihrer Schweigepflicht gegenüber anderen Ärzten, Krankenhäusern und sozialmedizinisch mit mir befassten Institutionen und Gerichten.

Ich bitte Sie ferner, nachfolgenden Personen Auskünfte über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und auf Wunsch Einsicht in die Krankenakten zu ermöglichen:

Meinem Lebenspartner / Ehepartner

Vor- und Nachname:

.....

Anschrift:

Meinen Kindern/Enkeln

1. Vor-und Nachname:

.....

Anschrift:

2. Vor-und Nachname:

Anschrift:

.....

3. Vor-und Nachname:

.....

Anschrift:

Weiteren Personen

Vor-und Nachname:

.....

Anschrift:

Ort, Datum

Unterschrift