

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Dr. med. W. Tieben
Dr. med. A. Vogt
Dr. med. D. Hoffmeister
Dr. med. K. Lingner
Jens Mechler
Axel Pronnicki
(angestellter Arzt)

Patientin/Patient

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Anschrift

hiermit entbinde ich alle mich — ggf. auch künftig — behandelnden und untersuchenden Ärzte der Chirurgische und Neurochirurgische Gemeinschaftspraxis GbR, Dres. W.Tieben, A. Vogt, D. Hoffmeister, K. Lingner sowie J. Mechler, A. Pronnicki, Brühlstraße 33, 32423 Minden gegenüber

.....
Name und Anschrift der anfordernden Stelle

wegen
Behandlungsanlass

von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsschadens von Bedeutung sein könnten. Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte Stelle dazu über den oben genannten Behandlungsanlass und die damit in Verbindung stehenden medizinischen Befunde und Behandlungsmaßnahmen informiert wird.

Die Liquidation erfolgt nach der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung. Die Liquidation ist, soweit es nicht ausdrücklich vermerkt ist, dass die Kosten von der anfordernden Stelle übernommen werden, gesondert zu vereinbaren und vom Patienten zu bezahlen.

Es ist mir bekannt, dass diese Schweigepflichtsentbindung von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten