

Dokument

Ziel 2 (Kernziel)

Praxis Dr. Grotjohann

Entbindung Schweigepflicht

2.3.2 (2) DOK

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,		
	Name, Vorname	Geburtsdatum
mich damit einversta	anden, dass Rezepte, Verordnu	ngen, schriftliche Befunde,
Dokumente (z.B. E	i n-, Überweisungen) * von folg	enden Personen, Institutionen (z.B.
Sozialstationen) in n	neinem Namen abgeholt werden	dürfen:
		* Nichtzutreffendes bitte streichen
	Angehörige, Bekannte) dürfen vo iesen Personen gegenüber von d	n uns Auskunft über Sie einholen? der ärztlichen Schweigepflicht.
Datum, Unterschrif		
Ich bin berechtigt, gowiderrufen.	emäß BDSG §20 Absatz 5 diese	Einverständniserklärung jederzeit zu
Datum, Unterschrif		
Dateiname: 2.3.2 (2) De	OK EntbindungSchweigepflichtPatienten.do	oc Seite 1 von 1

Dateiname: 2.3.2 (2) DOK EntbindungSchweigepflichtPatienten.doc

Erstellt: Sylvia Zedewitz

Geprüft und Freigegeben: Dr. Grotjohann

Am: 06.04.2018 Aktualisiert am: 20.10.2025 Version: 1.0