HAUSARZTPRAXIS
BARTSCHERER

Michael Bartscherer
Facharzt für Innere Medizin · Hausarzt
Koblenzer Str. 8 · 57072 Siegen
Tel. (0271) 5 70 48

Schweigepflichtentbindung

Mit dieser Erklärung können Sie eine Ihnen vertraute Person berechtigen, in unserer Praxis Auskünfte zu erhalten oder Unterlagen für Sie abzuholen. Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus und unterschreiben Sie ihn.

Patient

NAME, VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

STRASSE, HAUSNUMMER _____ PLZ, ORT _____

Bevollmächtigte Person (Angehörige/r)

NAME, VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

VERHÄLTNIS ZUM PATIENTEN _____ TELEFON _____

Erklärung

Hiermit entbinde ich die Hausarztpraxis Bartscherer und ihre Mitarbeiterinnen gegenüber der oben genannten Person von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die bevollmächtigte Person darf (bitte ankreuzen)

- ☐ meine Patientenunterlagen einsehen
- ☐ Kopien meiner Patientenunterlagen abholen
- ☐ Auskunft über meinen Gesundheitszustand erhalten

Umfang ☐ alle Unterlagen ☐ nur: _____

Gültigkeit ☐ bis auf Widerruf ☐ bis zum: _____

Diese Erklärung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.
Bei Abholung von Unterlagen legt die bevollmächtigte Person ihren Personalausweis vor.

ORT, DATUM _____ UNTERSCHRIFT PATIENT _____

ORT, DATUM _____ UNTERSCHRIFT BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON _____