

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

die behandelnden Ärzte

Name, Anschrift, Telefon:

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie, sowie die betreffenden Einrichtungen, den für das Herzenswunsch-Hospizmobil zuständigen Ärzten Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakte zu gewähren.

Dr. Christiane Ludwig

Dr. Tim Vögele

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift