

Schweigepflichtentbindungserklärung

Vorname Name: _____

Anschrift: _____

geb.: _____

Ich willige ein, dass das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

Abteilung _____

Kopien / folgende Unterlagen weitergibt (bitte beschreiben)

(z.B. Laborbefund vom .. , Röntgenbild Knie vom .. , Behandlung vom bzw. im Zusammenhang mit)

Behandlungszeitraum: _____

an:

(bei Bedarf) Faxnummer: _____

Adresse bzw. Stempel

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient/Patientin
(oder gesetzlicher Vertreter)