

## Einverständniserklärung gegenüber Angehörigen

Damit wir Ihnen während der Behandlung gegenseitig Auskunft erteilen dürfen (Befunde etc.) benötigen wir in schriftlicher Form Ihr Einverständnis.

1. Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_  
meinen behandelnden Arzt/Ärztin  
gegenüber  
meinem Ehepartner/Lebensgefährten \_\_\_\_\_  
von der ärztlichen Schweigepflicht.

2. Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_  
meinen behandelnden Arzt/Ärztin  
gegenüber  
meinem Ehepartner/Lebensgefährten \_\_\_\_\_  
von der ärztlichen Schweigepflicht.

**Diese Einverständniserklärung gilt ab sofort, bis auf schriftlichen Widerruf.**

Neckarsulm, den \_\_\_\_\_

**Unterschriften:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

FB Einverständniserklärung Angehörige doc.499						
Erstellt von	MG JL	Geprüft durch	MB	Freigabe durch	SE	
Erstellt am	26.03.2015	Geprüft am	26.03.2015	Freigegeben am	26.03.2015	Seite 1 von 1