

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 |