



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht zur Befundübermittlung

Hiermit willige ich

Name: _____ geboren am _____

Adresse: _____

ein, dass die Praxis Dr. _____

Adresse: _____

meine Befunde der Untersuchungen zum Zwecke meiner Weiterbehandlung weitergeleitet werden an:

Hormon- und Stoffwechselzentrum, Stollstr. 9, 83022 Rosenheim.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit

Wirkung für die Zukunft widerrufen kann

Datum, Unterschrift

Dokument	Erstellt/Freigabe	Geprüft	Seite 1 von 1
Entbindung Schweigepflicht_RO.docx	Monika Bernhardt 1/21		