

 Augenzentrum Klatt	Formular	Änder-Stand 01 16.03.2019	F-33.4
	Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Angehörigen	Seite 1/1	

Patientenname

Geburtsdatum

Vollständige Anschrift

Hiermit entbinde ich das Augenzentrum Klatt für folgende Angehörige

Angehöriger 1: _____ Geb.-Datum: _____

Angehöriger 2: _____ Geb.-Datum: _____

Angehöriger 3: _____ Geb.-Datum: _____

von folgender Schweigepflicht:

- Aufenthalt in der Praxis**
(Das Augenzentrum Klatt darf o.g. Person/en Auskunft über meinen Aufenthalt und die geschätzte Dauer dieses mitteilen.)
- Termine**
(Das Augenzentrum Klatt darf o.g. Person/en Auskunft über meine geplanten Termine mitteilen.)
- Sämtliche Verordnungen**
(Das Augenzentrum Klatt darf o.g. Person/en Auskunft sowie sämtliche Verordnungen wie z.B. Rezepte, Überweisungen, Patientenbriefe usw. aushändigen.)
- Diagnosen / Therapie**
(Das Augenzentrum Klatt darf o.g. Person/en Auskunft über meine Diagnosen und die ggf. damit einhergehende Therapie geben.)

Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig ist und von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Datum

Unterschrift des Patienten

Augenzentrum Klatt

Standort Bassum :
Bahnhofstr. 23
27211 Bassum

Standort Weyhe :
Henry-Wetjen-Platz 3
28844 Weyhe