
Schweigepflichtsentbindung

Vor- und Nachname:

Geb.-Datum:

Ich bin damit einverstanden, dass Herr Dr. Marschall / Herr Dr. Centner bereits vorliegende, für die Behandlung relevante Behandlungsdaten und Befunde von vorbehandelnden Ärzten anfordern kann.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass Herr Dr. Marschall / Herr Dr. Centner die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an weiterbehandelnde Ärzte übermittelt.

Diese Anforderung / Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation beim Hausarzt.

Unterschrift: _____