

Schweigepflichtentbindung

- Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Weiterleitung von Befunden, Arztbriefen und Probenmaterial an die in meinem Fall beteiligten Ärzte, Krankenhäuser, Labore sowie Anästhesie per Post oder Kurier, ggf. auch mittels Fax, einverstanden bin.
- Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Weiterleitung oder Befundausgabe an meinen Partner, auch ohne meine Anwesenheit, einverstanden bin.

(Entsprechendes bitte ankreuzen oder bei Ablehnung Text durchstreichen. Die obengenannte Schweigepflichtentbindung erleichtert die Zusammenarbeit.)

Unterschrift der Patientin: _____ Datum: _____

Schweigepflichtentbindung

- Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Weiterleitung von Befunden, Arztbriefen und Probenmaterial an die in meinem Fall beteiligten Ärzte, Krankenhäuser und Labore per Post oder Kurier, ggf. auch mittels Fax, einverstanden bin.
- Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Weiterleitung oder Befundausgabe an meinen Partner, auch ohne meine Anwesenheit, einverstanden bin.

(Entsprechendes bitte ankreuzen oder bei Ablehnung Text durchstreichen. Die obengenannte Schweigepflichtentbindung erleichtert die Zusammenarbeit.)

Unterschrift der Partnerin: _____ Datum: _____