

WunschMobil

Deutsches Rotes Kreuz 
Kreisverband Südliche Weinstraße e.V.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hiermit entbinde ich...

Name

Vorname

Adresse

Adresszusatz

E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

Telefonnummer

die mich behandelnden Ärzte...

Behandelnder Arzt

Anschrift Arzt

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, den nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakte zu gewähren.

Name

DRK Kreisverband Südliche Weinstraße e.V.
c/o WunschMobil
Haardtstraße 4a
76829 Landau

Ort, Datum

Unterschrift