



## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erkläre ich, Frau/Herr : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

mich damit einverstanden, dass Frau/Herr : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
die von mir angeforderten

- Rezepte / Überweisungen
- Laborwerte
- Befundberichte
- Sonstige Unterlagen : \_\_\_\_\_

aus der hausärztlichen Praxis Dres. Niebuhr, Ruser, Günther, Kötter ausgehändigt bekommt.

- Meine Patientendaten dürfen nur an mich selbst herausgegeben werden

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_