

# Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ihr Herzenswunsch – Ein Moment der bleibt



Hiermit entbinde ich

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

die mich behandelnden Ärzte bzw. mein Pflegepersonal

Name \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte Sie, sowie die betreffenden Einrichtungen, der nachfolgenden Person Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenhausakte zu gewähren.

Name \_\_\_\_\_

Anschrift BRK Kreisverband Fürth  
Henri-Dunant-Str. 11  
90762 Fürth

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift