Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass ***Rezepte, Verordnungen, schriftliche Befunde, Dokumente (z.B. Ein-, Überweisungen)*** * von folgenden Personen, Institutionen (z.B. Sozialstationen) in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

* Nichtzutreffendes bitte streichen

_____

_____

_____

Welche Personen (Angehörige, Bekannte) dürfen von uns Auskunft über Sie einholen? Sie entbinden uns diesen Personen gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht.

_____

_____

_____

_____

Datum, Unterschrift

Ich bin berechtigt, gemäß BDSG §20 Absatz 5 diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

_____

Datum, Unterschrift

© KBV. Alle Rechte vorbehalten.