

Hollenstedt, den

Erklärung zur Schweigepflichtentbindung:

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Ich entbinde die Estetal-Praxis Hollenstedt von der Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass medizinische Befunde und Informationen an

- andere Ärzte
- Familienangehörige
- Versicherungen / Krankenkassen

auch über meinen Tod hinaus mitgeteilt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an explizit **folgende Angehörige** weitergegeben werden dürfen.

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Datum/Unterschrift