



## Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass die

### ***Gemeinschaftspraxis Diedorf***

von der Schweigepflicht entbunden wird und Auskünfte oder Berichte  
über mich an folgende Person/Versicherung oder Ähnliches weiterleiten darf:

Name der Person/Versicherung o. Ähnliches:

Diese Schweigepflichtentbindung verbleibt in meiner Patientenakte.

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

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben** der Person, die von der Schweigepflicht entbindet

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift** der Person, die von der Schweigepflicht entbindet