



Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung

Vorname Name

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden,

- dass an folgende Angehörige / bevollmächtigte Person(en), nachdem deren Identität festgesellt wurde, Informationen und Behandlungsdaten über mich weitergegeben werden dürfen.

Vorname Name

Verhältnis

Vorname Name

Verhältnis

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Dr. med. Henning Stolte
Facharzt für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung
Notfallmedizin
Ernährungsmedizin
Akupunktur

Klaus Arnscheidt
Facharzt für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung

Sandra Bähre
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung

Dr. med. Nico Krug
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie
Hausärztliche Versorgung
Notfallmedizin

Praxisadresse
Hasselweg 4
31848 Bad Münster

Telefon
(05042) 993-0

Fax
(05042) 993-20

Internet
www.gp-eimbeckhausen.de

eMail
info@gp-eimbeckhausen.de