

# Schweigepflichtentbindung

Praxis Dr. Agah, Agah-Steinebach und Dr. Heil

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname)

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhafte \_\_\_\_\_  
(vollständige Adresse)

alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Alle unten genannten Personen oder Institutionen dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten. Diesen Personen erlaube ich hiermit auch, dass sie auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte erhalten. Es handelt sich um folgende Personen/Institutionen:

**Mein/e Partner/in:** \_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

**Mein/e Kind/er:** \_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

**Weitere Personen:** \_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift