



Schweigepflichtenbindung

Name des Patienten:

Geboren am:

Anschrift:

Ich entbinde Herrn Mohammad Ali Ghalam Karan von der Schweigepflicht gegenüber dem Arzt/ der Institution/ einer anderen Person

Name: _____ .

Straße: _____ .

PLZ/Ort: _____ .

Telefon/ Sonstiges: _____ .

Die Schweigepflichtenbindung gilt für den gegenseitigen Informationsaustausch, ist beschränkt auf Daten, die für den Behandlungsverlauf wichtig sind und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient:

Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren ist die Unterschrift eines Sorgeberechtigten zwingend erforderlich.

Name:

Ort, Datum:

Unterschrift Sorgeberechtigter: