

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Um die notwendigen medizinischen Angaben zu Ihrer Krebserkrankung erhalten zu können, benötigen wir eine entsprechende Einwilligungserklärung von Ihnen (die „Durchschrift“ im unteren Abschnitt ist für Ihre Unterlagen bestimmt):

Original (bitte an das Gesundheitsamt Wolfenbüttel senden (Rückumschlag))

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich, _____, geb. am ____/____/____
Name, Vorname Geburtsdatum

entbinde hiermit meinen mich behandelnden Arzt / meine mich behandelnde Ärztin

_____ in _____
Name Praxisstandort

von seiner / ihrer Schweigepflicht zu Fragen, die ausschließlich meine Krebserkrankung betreffen, gemäß dem im beiliegenden Anschreiben dargestellten Zwecke. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Untersuchungsbefunde zu meiner Krebserkrankung dem Gesundheitsamt des Landkreises Wolfenbüttel herausgeben darf. Alle Unterlagen unterliegen während der Bearbeitung weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht.

_____, den ____ . ____ .20 _____
(Unterschrift)

----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ ----- ✂ -----

Durchschrift (verbleibt bei Ihnen)

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich, _____, geb. am ____/____/____
Name, Vorname Geburtsdatum

entbinde hiermit meinen mich behandelnden Arzt / meine mich behandelnde Ärztin

_____ in _____
Name Praxisstandort

von seiner / ihrer Schweigepflicht zu Fragen, die ausschließlich meine Krebserkrankung betreffen, gemäß dem im beiliegenden Anschreiben dargestellten Zwecke. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Untersuchungsbefunde zu meiner Krebserkrankung dem Gesundheitsamt des Landkreises Wolfenbüttel herausgeben darf. Alle Unterlagen unterliegen während der Bearbeitung weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht.

_____, den ____ . ____ .20 _____
(Unterschrift)