

Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht

Ich (Vorname, Name):

geb.:

entbinde hiermit meine Hausärztin:

**Frau Dr. med. Sylvia Putz
Klosterstr. 13 / 14
31737 Rinteln**

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:

Name, Vorname, Geburtsdatum

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden
Krankenpapiere, z. B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche
Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Gutachten, Verordnungen
sowie Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und
Krankenhäusern ggf. herausgegeben werden.**