



Befundanforderung für Patienten

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich _____ (Name & Vorname in Druckbuchstaben)
bin damit einverstanden, dass an die Praxis Dr. med. Christoph Klein

Hausärzte im Hofgut
Hauptstr. 215
77866 Rheinau
Tel: 07844-1011 Fax: 07844-47662

alle meine Befunde und Unterlagen, welche sich während meiner gesamten
Behandlungszeit in Ihrer Praxis angesammelt haben, übermittelt werden.

Ich entbinde die Praxis

_____ (Anschrift der Praxis)
von der ärztlichen Schweigepflicht, betreffend der Weitergabe von Arztberichten,
Befunden und Auskünften.

Unterschrift des Patienten
(Original liegt vor)