



## Hausärzte im Hofgut

Fachärzte für Innere Medizin

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Notfallmedizin

BSNR: 598003400

### 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 in Druckbuchstaben)

von der ärztlichen Schweigepflicht, betreffend der Weitergabe von Arztberichten, Befunden und  
Auskünften.

---

Unterschrift des Patienten (Original liegt vor)