

Entbindung von der Schweigepflicht Informationsweitergabe an Angehörige

Ich bin damit einverstanden, dass die Bueripraxis an die folgenden angehörigen Person(en) Informationen, Medikamente und/oder Dokumente weitergeben darf, sofern deren Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Angaben Angehörige

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beziehungsstand	Telefonnummer

- Auskunft über die Krankengeschichte (inkl. Dokumentenausgabe wie Labor- oder Arztberichte)
- Medikamentenherausgabe

Angaben Patientin / Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Datum _____

Ort _____

Unterschrift _____