

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Die mich behandelnden Ärzte

Name, Anschrift: _____

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, dem Team des Herzenswunschmobil des DRK Kreisverband Hochtaunus e.V. Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakte zu gewähren.

Anschrift: c/o Herzenswunsch-Mobil
DRK KV Hochtaunus
Justus-von-Liebig-Str. 3a
61352 Bad Homburg

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift