

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

<i>Name, Vorname, geb.</i>
<i>Anschrift</i>
<i>wurde untersucht/behandelt von</i>
<i>am/in der Zeit</i>
<i>Grund der Untersuchung/Behandlung:</i>

Ich bin damit einverstanden, dass die vorhandenen ärztlichen Unterlagen, soweit sie sich auf die o.g. Untersuchung/Behandlung beziehen, dem medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes des Kreises Recklinghausen zur Einsichtnahme überlassen werden. Die Schweigepflichtsentbindung gilt wechselseitig.

Herten,

Unterschrift

ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Zuständige/r Arzt/Ärztin beim Gesundheitsamt: