



Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich _____ geboren _____, die unten aufgeführten Personen/Institutionen gegenüber der Curtius Klinik MVZ GmbH von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass

- angeforderte ärztliche Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund

an die **Curtius Klinik MVZ GmbH**, Neue Kampstraße 2, 23714 Bad Malente übermittelt bzw. angefordert werden dürfen.

Hausarzt Therapeut Sonstige:

Name:	Vorname:	Telefonnummer:
Straße, Hausnummer:	PLZ:	Ort:

Übermittlung an Ja Nein

Anfordern von Ja Nein

Hausarzt Therapeut Sonstige:

Name:	Vorname:	Telefonnummer:
Straße, Hausnummer:	PLZ:	Ort:

Übermittlung an Ja Nein

Anfordern von Ja Nein

Hausarzt Therapeut Sonstige:

Name:	Vorname:	Telefonnummer:
Straße, Hausnummer:	PLZ:	Ort:

Übermittlung an Ja Nein

Anfordern von Ja Nein

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin