

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht zur Befundübermittlung

Hiermit willige ich

Name: _____ geboren am _____

Adresse: _____

ein, dass die Praxis Dr. _____

Adresse: _____

meine Befunde der Untersuchungen zum Zwecke meiner Weiterbehandlung weitergeleitet werden an:

Hormon- und Stoffwechsellzentrum, Residenzstr. 3, 80333 München.

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

Datum, Unterschrift