

 K Augenzentrum Klatt	Formular	Änder-Stand 02 27.11.2019	F-33.3
	Entbindung von der Schweigepflicht	Seite 1/1	

Ich, _____,

Vor- und Zuname

wohnhaft _____,

vollständige Anschrift

geboren am _____,

willige ein, dass mein Arzt

_____ aus dem Augenzentrum Klatt, Bahnhofstr. 23, 27211 Bassum

Vollständiger Name und Anschrift

zum Zwecke der Datenübermittlung durch

Name, Praxis und Anschrift des Datenempfänger/-überträger

die Befunde der Untersuchungen vom _____

an diesen weiterleitet / von diesem einholt.

Zeitraum : einmalig/wiederkehrend

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

Datum

Unterschrift