

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, _____
Vorname, Name, Geburtsdatum

entbinde **Dr. med. Nicole Neßling**, August-Neuhaus-Str. 1, 68723 Schwetzingen, von
ihrer Schweigepflicht gegenüber

Vorname, Name, Geburtsdatum

Vorname, Name, Geburtsdatum

Vorname, Name, Geburtsdatum

und erkläre mich damit einverstanden,

- dass o.g. Person(en) meine Befunde mitgeteilt werden
- dass o.g. Person(en) in meinem Auftrag Rezepte, Überweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen o.ä. in der Praxis abholen.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters