



Dr. med. Susanne Helling · Dr. med. Angela Imhof
ÄRZTINNEN FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name [GROßBUCHSTABEN]

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Hiermit entbinde ich Frau Dr. med. _____ von der Schweigepflicht
gegenüber der Person meines Vertrauens _____
geb. _____ wohnhaft _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Ärztin der oben genannten Person meines Vertrauens uneingeschränkt Auskunft über meine medizinischen Daten gibt.

Sofern notwendig, bin ich auch damit einverstanden, dass vorliegende Facharzt-, Kur- oder Krankenhausberichte, die mich betreffen, an die Person meines Vertrauens ausgehändigt werden.

Datum / Unterschrift Patientin oder Eltern oder Vertretungsberechtigte

Datum / Unterschrift Ärztin

Zur Kenntnis genommen und einverstanden:

(muss in der Praxis im Beisein der Ärztin oder einer Praxismitarbeiterin unterschrieben werden)

Datum / Unterschrift Patientin oder Eltern oder Vertretungsberechtigte

Datum / Unterschrift Ärztin

Dr. med. Susanne Helling
Dr. med. Angela Imhof
Breite Straße 31
55124 Mainz-Gonsenheim

Tel.: 06131 462 72
Fax.: 06131 448 92
info@helling-imhof.de
www.helling-imhof.de

„geborgen gut“