

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT



Hiermit entbinde ich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

die mich behandelnden Ärzte

Name, Anschrift:

Kreisverband Erding

**Wilhelm-Bachmair-Str. 2
85435 Erding**

**Telefon 0 81 22 / 97 62 0
Fax 0 81 22 / 97 62 14**

**Email
herzenswunschmobil@
kverding.brk.de**

**www.brk-erding.de/
herzenswunschmobil**

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, der nachfolgenden Person Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakte zu gewähren.

Name:

Anschrift: c/o Herzenswunschmobil
BRK Kreisverband Erding
Wilhelm-Bachmair-Str. 2
85435 Erding

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

Ort, Datum

Unterschrift

Bankverbindung

Sparkasse Erding-Dorfen
IBAN: DE48 7005 1995 0000 0160 55
SWIFT BIC: BYLADEM1ERD
UST-ID: DE129523533