

**Name;** \_\_\_\_\_ **Vorname;** \_\_\_\_\_ **Geb. Datum;** \_\_\_\_\_ **Adresse;** \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, oben genannter Patient, dass mein Hausarzt untengenannten Personen, vollumfänglich Auskunft über meine Patientenakte inkl. Abrechnung geben darf und gegenüber dieser auskunftsberechtigten Person von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden ist. Wird eine Zuständigkeit angegeben, darf nur über dieses Gebiet Auskunft gegeben werden. Die Schweigepflichtsentbindung muss durch den Patienten aktiv und schriftlich widerrufen werden, wenn diese nicht mehr gewünscht ist.

**Auskunftsberechtigte Personen:**

Name / Vorname	Strasse, PLZ, Ort	Geb. Datum	Tel. Priv. / Mobile	E-Mail	Verhältnis Zueinander (Tochter, Ehemann)	Zuständigkeit (Finanzen, Medizinische Fragen, etc.)

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Patient oder Beistand inkl. Bestätigung): \_\_\_\_\_