

Lungenpraxis A4 89231 Neu-Ulm	<b>Formular</b>	Änder-Stand <b>01</b> <b>08.05.2020</b>	<b>F-33.4</b>
	<b>Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Angehörigen</b>	Seite 1/1	

Patientendaten: \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname
Geburtsdatum

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass folgende Angehörige auf Nachfrage Auskunft über die Befunde der Untersuchungen erhalten.

**Bei Minderjährigen Patienten sind grundsätzlich die Erziehungsberechtigten einzutragen!!**

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift	Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Ehegatte, Tochter, Sohn)
----------------------------------	---

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift	Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Ehegatte, Tochter, Sohn)
----------------------------------	---

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift	Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Ehegatte, Tochter, Sohn)
----------------------------------	---

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift	Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Ehegatte, Tochter, Sohn)
----------------------------------	---

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift	Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Ehegatte, Tochter, Sohn)
----------------------------------	---

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift	Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Ehegatte, Tochter, Sohn)
----------------------------------	---

\_\_\_\_\_

vollständiger Name und Anschrift	Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Ehegatte, Tochter, Sohn)
----------------------------------	---

- ☐ Ich bin **nicht** damit einverstanden, dass Angehörige auf Nachfrage Auskunft über die Befunde der Untersuchungen erhalten.

Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig ist und von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift