

**Einverständniserklärung (Schweigepflichtsentbindung)
für ärztliche Einrichtungen**

Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam der Gemeinschaftspraxis Gradl und Lindner im Rahmen seiner Untersuchungen und Behandlungen **mündliche und schriftliche therapierelevante Auskünfte** über

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

bei nachfolgend genannten **ärztlichen Einrichtungen einholen** und sich **austauschen** darf. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

| Name der ärztl. Einrichtung/des Arztes | Ort | Funktion |
|---|------------|---------------------|
| | | Hausarzt/Kinderarzt |
| | | Facharzt |
| | | |
| | | |

Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):

Patient Mutter Vater andere:

Ort, Datum,

Unterschrift