

Erklärung
über die Entbindung von
der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

den Arzt/in bzw. Praxis

Arzt/Praxis: _____

Adresse: _____

von seiner/ihrer Schweigepflicht.

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden, dass alle Unterlagen bzw. Informationen in meiner Krankenakte an die Firma plan-V GmbH & Co. KG, insbesondere Herrn Christoph Altrogge, Bogenstraße 17, 49545 Tecklenburg, schriftlich (Brief, Fax oder E-Mail) herausgegeben und für meine Angelegenheiten verwertet werden dürfen.

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

Datum

Unterschrift