



## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Übergabe der Patientenakte.

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte von der Schweigepflicht:

**Praxisname:** \_\_\_\_\_

Die Patientenakte und vorliegende Fremdbefunde sollen an DIE PRAXIS geschickt werden.

Diese Schweigepflichtenbindung kann von mir jederzeit, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden.

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

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**DIE PRAXIS GOSLAR**  
Klubgartenstraße 3  
38640 Goslar  
Tel.: 05321 – 38 32 321  
Mail: [goslar@diepraxis-harz.de](mailto:goslar@diepraxis-harz.de)  
[www.diepraxis-harz.de](http://www.diepraxis-harz.de)

**DIE PRAXIS BAD HARZBURG**  
Ilsenburger Straße 95  
38667 Bad Harzburg  
Tel.: 05322 – 53 000  
[badharzburg@diepraxis-harz.de](mailto:badharzburg@diepraxis-harz.de)  
[www.diepraxis-harz.de](http://www.diepraxis-harz.de)