

Zurück an:

Ärztlicher Kreisverband Mittelschwaben
Weihermohd 17
89250 Senden

Bitte zurücksenden per Post oder Fax-Nr.: 07307 – 956 154

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Patienten/Patientin:

Name, Vorname

geboren am:

wohnhaft in – Ort

Name des Arztes/Ärztin:

Name, Vorname

Praxisadresse

Straße und Hausnummer

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Schreiben an den/die betreffende(n) Arzt/Ärztin weitergeleitet wird und dass dieser/diese nur zum Zwecke des geschilderten Vorfalls, in diesem Falle meines Beschwerdeschreibens, Auskunft über mich an den Ärztlichen Kreisverband gibt. Mit Abschluss dieser Angelegenheit erlischt diese Entbindung von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei minderjährigen Patienten bitten wir um Unterschrift beider Elternteile als gesetzlichen Vertreter bzw. des alleine Sorgeberechtigten oder des Vormunds unter Beilegung des entsprechenden Nachweises)

Vermittlungsverfahren

Für den Fall von Streitigkeiten oder sonstigen Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten und Nichtärzten, die sich aus ärztlicher Tätigkeit ergeben, bieten wir die Durchführung eines sog. „Vermittlungsverfahrens“ (nach Artikel 37 Heilberufekammergesetz) an.

- Ich bin mit einem Vermittlungsverfahren einverstanden
- Ich wünsche kein Vermittlungsverfahren

Ort, Datum

Unterschrift