

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

ERMÄCHTIGUNG ZUR

Einholung medizinischer Auskünfte (schriftlich und mündlich)
und
Entbindung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht
gegenüber zuweisenden und nachbehandelnden Ärzten.

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der Geheimhaltungspflicht und bin einverstanden mit der Zustellung von medizinischen Akten an Dr. med. Roland Glinz

weiterhin

bewillige ich die Zustellung von medizinischen Akten durch Dr. med. Roland Glinz an die zuweisenden Ärzte, bzw. weiterbehandelnden Ärzte unter Entbindung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift