

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich willige hiermit ein, dass die gesamte bisherig geführte Patientenakte mit allen Behandlungsunterlagen aus der Urologischen Praxis von Herrn Dr. med. Thomas Rumohr und Frau Dipl.-Med. Uta Rumohr an die Nachfolger Frau Dr. Anne Caspar, Frau Dr. Elke Fahland und Herrn Dr. Robin Mietzfeldt übernommen und weitergeführt werden kann.

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

Datum

Unterschrift