

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich willige hiermit ein, dass die gesamte bisher geführte Patientenakte mit allen Behandlungsunterlagen aus der Urologischen Praxis von Herrn Dr. med. Hellmut Herrmann, Burkhard Herrmann und Dipl.-Med. Dirk Wünsche an die Medizinische Versorgungszentrum Freiberg GmbH mit den Fachärzten Dr. med. Hellmut Herrmann, Dipl.-Med. Dirk Wünsche und Frau Dr. Elke Fahland 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