

## **Ermächtigung** *Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht*

Hiermit entbinde ich die Doktor Zentrum Wettingen AG sowie deren Mitarbeitende von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person/Institution und ermächtige sie, sämtliche erforderlichen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand zu erteilen, sowie Einblicke in die Krankengeschichte zu gewähren. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

### **Patientendaten**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### **Bevollmächtigte Person/Institution**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Diese Entbindung gilt

- Einmalig
- Bis zum: \_\_\_\_\_
- Bis auf Widerruf

Die bevollmächtigte Person muss einen gültigen Ausweis zur Identifikation vorzulegen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zusammen mit einer Kopie eines amtlichen Ausweises zurück an uns.

*Durch die Doktor Zentrum Wettingen AG auszufüllen*

Mandant: \_\_\_\_\_

Kontrolle (Datum & MPA): \_\_\_\_\_