



*Internistische Praxisgemeinschaft  
Dres. med. Miller, Rother & Wölfle-Guter  
89584 Ebingen*

### **Schweigepflichtentbindung für Angehörige/nahe stehende Personen:**

Um auch einmal Ihren Angehörigen, z. B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährte/in Befunde (z. B. auch Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, Rezepte mitgeben oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir auch Ihre schriftliche Einwilligung.

Hiermit entbinde ich die Praxisgemeinschaft Dres. med. Miller, Rother und Wölfle-Guter in Ebingen von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde telefonisch oder Befundübermittlung per Fax an folgende Personen mitgeteilt werden dürfen.

| Name:    | Verwandtschaftsgrad | Telefonnummer: |
|----------|---------------------|----------------|
| 1. _____ |                     |                |
| 2. _____ |                     |                |
| 3. _____ |                     |                |

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

Ebingen, \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlichen Vertreters:

\_\_\_\_\_