

**Privatärztliche Praxis für Gesundheit
am Kaiserberg**

-Kalle Lemke-

[Mülheimer Str. 202] | [47057 Duisburg] | [+49-1523-3952982] |

[info@kaiserberg-praxis.de] | [kaiserberg-praxis.de]

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich,.....(Vorname, Nachname)

geboren am:

Wohnhaft:

..... (vollständige [Adresse](#))

alle mich behandelnden Ärzt:Innen & Therapeut:Innen der K.aiserbergpraxis von ihrer **Schweigepflicht** gegenüber allen unten genannten Personen oder Institutionen bis zu meinem Widerruf. Der/Die Ärzt:Innen & Therapeut:Innen dürfen in vollem Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erteilen.

Es handelt sich um folgende Personen/Institutionen:

Mein/e Partner:In:..... (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktdaten)

Mein/e Kind/er: (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktdaten)

Privatärztliche Praxis für Gesundheit

am Kaiserberg

-Kalle Lemke-

[Mülheimer Str. 202] | [47057 Duisburg] | [+49-1523-3952982] |

[\[info@kaiserberg-praxis.de\]](mailto:info@kaiserberg-praxis.de) | [\[kaiserberg-praxis.de\]](http://kaiserberg-praxis.de)

Weitere Personen:(Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse, Kontaktdaten)
(diese können der/die rechtliche Betreuer:In, oder andere Angehörige sein)

Institutionen:(Ansprechpartner, Kontaktdaten, KV-Nr., Renten-Nr.,
eigenes Zeichen für Rückfragen)

(Leerraum bitte streichen)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift
(Patient:In, schriftlich Bevollmächtigte:R – Nachweis vorliegend)