

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften.

Ich bitte Sie, nachfolgenden Personen Auskünfte über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und auf Wunsch Einsicht in die Krankenakten zu ermöglichen:

Meine Gastfamilie

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Dies gilt für den Zeitraum von: _____ bis: _____.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____