



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname, Geb.-Datum

alle niedergelassenen Ärzte der Krankenhäuser, Angehörige anderer Heilberufe, sowie Gutachter, die mich untersucht und behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle ärztlichen und pflegerischen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien und Gutachten, sowie Arzt- oder Krankenhausberichte über bereits abgeschlossene und/oder andauernde Behandlungen an das

Name des Krankenhauses: St. Joseph-Stift Bremen GmbH

Kontaktdaten: Klinik für Naturheilverfahren
Krankenhaus St. Joseph-Stift
Schwachhauser Heerstraße 54
28209 Bremen

Ambulanz + Sekretariat
Klinik für Naturheilverfahren
Eingang Georg-Gröning-Str. 57

Fon (0421) 347-1763
Fax (0421) 347-1764
naturheilverfahren@sjs-bremen.de

Klinik für Naturheilverfahren
Leitung Station
Dr. med. S. Dörffel
Leitung Ambulanz
Dr. med. C. Müller

Krankenhaus
St. Joseph-Stift GmbH
Eine Einrichtung der
St. Franziskus-Stiftung Münster
Schwachhauser Heerstraße 54
28209 Bremen

Ambulanz + Sekretariat
Klinik für Naturheilverfahren
Eingang Georg-Gröning-Str. 57

Fon (0421) 347-1763
Fax (0421) 347-1764
naturheilverfahren@sjs-bremen.de

Internet www.sjs-bremen.de

Institutionskennzeichen
(IK) 260400082

herausgegeben werden dürfen Ich erkläre mich damit einverstanden, dass den behandelnden Ärzten / Mitarbeitern des vorbezeichneten Krankenhauses diesbezügliche Auskünfte erteilt werden.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass die die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und/oder behandelnde Ärzte sowie Apotheken zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt werden. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

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

Ort und Datum, Unterschrift der Patienten

