

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Name:.....
 Vorname:.....
 Geb.-Datum:.....
 Wohnort m. PLZ:.....
 Straße:.....

Bei Kindern für

Name:.....
 Vorname:.....
 Geb.-Datum:.....

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt

Dr. Heiko Geisheimer, Praxis am Nordbahnhof, Am Nordbahnhof 8, 85049 Ingolstadt

von der ärztlichen Schweigepflicht und willige ein, dass sie/er bei weiteren Leistungserbringern Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung einholen und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Ärzte und nicht-ärztliche Therapeuten übermitteln darf.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum:.....

.....
Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters

Für nachfolgend genannte Ärzte/Behandler erteile ich meine Zustimmung nicht
 (Name und Anschrift):

.....

