

# ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Ich befinde mich in einer Behandlung, an der die Hirslanden Klinik Stephanshorn beteiligt ist.

Hiermit ermächtige ich die Hirslanden Klinik Stephanshorn, bei anderen Ärzten und Spitälern, bei denen ich heute oder früher in Behandlung bin oder war, alle für die aktuelle Behandlung notwendigen medizinischen Auskünfte über vorangegangene Untersuchungen und Behandlungen einzuholen und diesbezüglich medizinische Unterlagen anzufordern.

Ich entbinde Ärzte, Praxen und Spitäler, bei denen die Unterlagen angefordert werden, von ihrem Berufsgeheimnis bzw. der ärztlichen Geheimhaltungsverpflichtung.

Ich erteile hiermit die Erlaubnis zur Herausgabe der medizinischen Unterlagen.

## PATIENT/IN

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_

**Senden**