

## Schweigepflichtsentbindung

Bitte füllen Sie das Formular aus und bringen Sie dann den unterschriebenen Ausdruck zu Ihrer Untersuchung mit in unsere Praxis.

Hiermit entbinde ich,

, geb. am

Adresse:

### die Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis in der MED

Dres. Gödderz, Küster, Lutz-Vorderbrügge, Weber und Zschausch, Mitarbeitende und ärztliche Kollegen  
Wallstr. 3-5  
55122 Mainz

### von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen oder Institutionen

, geb. am

, geb. am

, geb. am

(diese müssen sich ausweisen können)

Diese Schweigepflichtentbindung gilt:

ohne Einschränkungen

nur für:

Abholung von Rezepten oder Über-

Abholung von mich betreffenden Befunden (Labor, Röntgen, Arztbriefe aus dieser Praxis, Arztbriefe anderer Ärzte, Krankenhausberichte) (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Vereinbarung und Absage von Terminen. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Auskunft über die Anwesenheit in der Praxis

Auskunft über meinen Gesundheitszustand

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Detaillierte Informationen zum Umgang mit Ihren Daten sowie über Ihre Rechte als betroffene Person finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.gastropraxis-mainz.de/de/datenschutz/>

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten oder des/der gesetzlichen Vertreter/in unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises)