

## **Schweigepflichtsentbindung**

Ich (Patient)

**Name**

**Anschrift**

**Geburtsdatum**

entbinde die Ärzte der BioMed Klinik Betriebs GmbH, Tischberger Straße 5 + 8, 76887 Bad Bergzabern von ihrer Schweigepflicht gegenüber

(Angehöriger oder Vertrauensperson)

**Name**

**Anschrift**

**Geburtsdatum**

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde übermittelt und Therapieempfehlungen in meinem Namen besprochen werden.

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

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte per eMail an **medinfo@biomed-klinik.de**  
oder per Fax an **06343 – 705 913** an uns senden.