



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beziehung zur Patientin: _____

für mich ein Rezept abholen darf über folgende Medikamente:

1.
2.
3.
4.

Ich bin darüber informiert, dass ich die Einwilligung jederzeit durch schriftliche Information der Praxis widerrufen kann.

Unterschrift der Patientin

Hamburg, den _____