



## 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 \_\_\_\_\_