

Entbindung von der Schweigepflicht

Name; Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Wohnadresse: _____

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie die Zusendung eines Berichtes wünschen oder nicht!

- Das Erstgespräch mit der Ambulanzleitung des NIVT wird in einem Bericht dokumentiert. Ich entbinde die Ambulanzleitung von der Schweigepflicht und wünsche die Zusendung des Berichtes an meinen Hausarzt/Facharzt an folgende Adresse:

Name des Arztes: _____

Praxisadresse: _____

- Ich wünsche keine Zusendung des Berichtes.

Unterschrift: _____

Datum: _____