

Ich, \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Patienten

geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Bitte entsprechend ankreuzen

- willige hiermit eindeutig und freiwillig in die Übergabe meiner Krankenunterlagen von Frau Ildiko Nagy an den Nachfolger der Arztpraxis Herrn Carsten Sven Bauer zum Zwecke der Weiterbehandlung ein. Ich entbinde insofern Frau Nagy von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Gleichzeitig willige ich hiermit gem. §73 (1b) SGB V ein, dass meine behandelnde Hausarztpraxis Sonthofen Herr Carsten Sven Bauer Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen übermittelt.
- Außerdem entbinde ich meinen behandelnden Hausarzt Herrn Carsten Sven Bauer von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Angehörigen.  
Wünschen Sie die Weitergabe nur an bestimmte Personen können Sie diese hier nachstehend aufführen:

---

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ansonsten gilt sie über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Unterschrift Erziehungsberechtigte/er - Betreuer(in)

<i>Erstellt/Datum</i> Bauer A. 27.07.2020	<i>Geprüft/Datum</i> Bauer A. 27.07.2020	<i>Freigabe/Datum</i> Bauer C. 18.05.2021
--	---	--

*QMH Hausarztpraxis Bauer*