

Einverständniserklärung des Patienten zur **Schweigepflichtentbindung**

Hiermit willige ich ein, dass das MVZ Prof. Dr. Uhlenbrock und Partner zum Zwecke meiner
Weiterbehandlung durch
die Aufnahme(n) und/oder Befund(e) der Untersuchung(en) vom
und an diese(s) weiterleitet.

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

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/-in