

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich _____

geb. am ____ ____

wohnhaft _____

den Arzt / die Ärztin _____

Anschrift: _____

gegenüber der Augenchirurgie Ahlers, Lange Str. 55-57, 29664 Walsrode,
von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtserklärung dient der Ermöglichung zur direkten Kommunikation Ihrer behandelnden Ärztin/Ihres behandelnden Arztes mit den Mitarbeitern und dem Arzt der Augenchirurgie Ahlers für diesen Behandlungsfall und kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

* Behandlungsfall _____

* geb. am ____ ____

Datum

Unterschrift

* Bitte nur ausfüllen, wenn Sie für Minderjährige, betreute Personen etc. aktiv werden.

Augenchirurgie Ahlers

Lange Str. 55-57 · 29664 Walsrode
Telefon: 05161 / 48 85 100
info@augenchirurgie-ahlers.de
www.augenchirurgie-ahlers.de

Bankverbindung:
Bremer Landesbank
IBAN: DE45 2905 0000 2002 1525 62
BIC: BRLADE22XXX

Zuständige Kammer:
Ärzttekammer
Niedersachsen
www.aekn.de