



Formular Schweigepflichtentbindung

Name: _____, geboren am:
geborene: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die:

newcare clinic Altenkirchen
Heimstraße 8
57610 Altenkirchen

und

Klinik:

Fax:

gegenseitig Auskünfte über mich erteilen dürfen.

Ort:

Datum:


.....
(Unterschrift)

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte senden oder faxen Sie uns Befunde/Entlassberichte der o.g. Patientin
baldmöglichst zu. (FAX: 02681-943 111)

Mit freundlichen Grüßen

Aufnahme Team der newcare clinic Altenkirchen

| Ersteller/Bearbeiter | Datum | Freigabe durch | Änderungsstand | Seite |
|----------------------|------------|---|----------------|---------|
| QMB Patzwald | 01.09.2022 |  | 00 | 1 von 1 |