



Dr. med.
Ullrich Zschaler
FACHPRAXIS
GASTROENTEROLOGIE
IN LIPPE

Einverständniserklärung zur Befundübermittlung an Praxis Dr. med. Ullrich Zschaler

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit entbinde ich:

Arztname: _____

Anschrift: _____

von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend der Weitergabe von Arztberichten, Befunden und Auskünften an Herrn Dr. med. Ullrich Zschaler. Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Einschränkungen (z.B. nur Befunde eines bestimmten Zeitraums / nur bestimmte Befunde):

Datum, Unterschrift