



Dr. med.
Ullrich Zschaler
FACHPRAXIS
GASTROENTEROLOGIE
IN LIPPE

Schweigepflichtentbindung zur Befundanforderung von Praxis Dr. med. Ullrich Zschaler

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit entbinde ich Herrn Dr. med. Ullrich Zschaler von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend der Weitergabe von Arztberichten, Befunden und Auskünften an

Arztname: _____

Anschrift: _____

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

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum, Unterschrift