



**Atila Polat
Tip Dr. (Univ. Ist.) Pinar Polat
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung**

Grünegräserweg13 49565 Bramsche Tel: 05461 3819 Fax: 05461 2040 E-Mail: praxispolat@docpost.de

ENTBINDUNG DER SCHWEIGEFLICHT

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, (Patient/in)

(Vorname,Nachname, Geburtsdatum, Anschrift)

(Name Arzt/ Praxis/Krankenhaus oder ähnliches, ggf. Adresse)

Gegenüber Praxis Atila Polat und Tip. Dr. (Univ. Istanbul) Pinar Polat von der ärztlichen Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztliche Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, herausgegeben und oder per Fax/ per E-Mail übermittelt werden dürfen.

Datum, Unterschrift