

### Befundanforderung für Patienten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Entbindung von der Schweigepflicht

Ich \_\_\_\_\_ (Name & Vorname in Druckbuchstaben)

bin damit einverstanden, dass an die

#### Praxis Dr. Jan Kader

Kapellenweg 7

47652 Weeze

Telefon 02837/2500

alle meine Befunde und Unterlagen, welche sich während meiner gesamten Behandlungszeit in Ihrer Praxis angesammelt haben, übermittelt werden.

Ich entbinde hiermit die Praxis \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht, betreffend der Weitergabe von Arztberichten, Befunden und Auskünften.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Original liegt vor)