



Dr. med. Jens Galan

Facharzt für Innere- und
Allgemeinmedizin
Notfallmedizin

Hochgewanne 19
67269 Grünstadt
Tel: 06359 – 84 200
Fax: 06359 – 919 784

<http://www.Galan.info>
mail@Galan.info

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich, _____, geboren am: _____
Vorname Nachname **Geburtsdatum**

meinen Hausarzt Dr.med. Jens Galan von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

☐ ärztlichen Kollegen und Therapeuten.
Gleichzeitig entbinde ich alle Ärzte, Therapeuten und Krankenhäuser, die mich behandelt haben oder behandeln von der Schweigepflicht gegenüber meinem Hausarzt Dr. med. Jens Galan. Dies gilt insbesondere auch für die Übermittlung von Befunden an meinen Hausarzt auf dessen Anfrage hin.

☐ folgenden Personen:

Vor- und Zuname	Beziehung (Partner, Kind, Freund etc)	Telefonnummer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Schweigepflichtentbindung – auch teilweise – jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift