



## Widerruf einer Schweigepflichtsentbindungserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

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

**Hiermit widerrufe ich meine der Praxis erteilte Schweigepflichtsentbindungserklärung.**

Mir ist bekannt, dass der Widerruf erst mit dem Datum dieser Erklärung wirksam wird und er sich nicht auf Daten bezieht, die vor diesem Datum erhoben, verarbeitet oder genutzt wurden.

Da wir nach Ausübung des Widerrufs keine Befunde mehr versenden oder auswärtige Voruntersuchungen anfordern dürfen, müssen wir ggf. Sie bitten, uns diese Unterlagen zugänglich zu machen. Befunde/Untersuchungsergebnisse werden ausschließlich Ihnen zugeleitet.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift