

Name Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtentbindung

1. Hiermit entbinde ich die Mediclin Privatlinik Traumazentrum Durbach von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), und ermächtige das Traumazentrum zur Auskunftserteilung.

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift des Patienten/der Patientin)

2. Hiermit entbinde ich den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Mediclin Privatlinik Traumazentrum Durbach, und ermächtige den MDK zur Auskunftserteilung.

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift des Patienten/der Patientin)

3. Hiermit entbinde ich die Mediclin Privatlinik Traumazentrum Durbach von der ärztlichen Schweigepflicht direkt gegenüber meiner Krankenkasse..... und ermächtige das Traumazentrum zur Auskunftserteilung.

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift des Patienten/der Patientin)

**!!Bitte unterschreiben Sie für jede einzelne Schweigepflichtentbindung gesondert!!  
Nur eine Unterschrift reicht nicht aus!**