

Hiermit entbinde ich .....

Name des vorbehandelnden Arztes oder Krankenhauses

**von der ärztlichen Schweigepflicht** bezüglich

o meines stationären Aufenthaltes vom .....  
Aufnahmetag

o meiner ambulanten Behandlung am .....

gegenüber der.....des Sankt Katharinen-Krankenhauses,  
Name der aktuellen Fachabteilung

Seckbacher Landstraße, 60389 Frankfurt und erkläre mich mit Zusendung ärztlicher  
Befundberichte/Befunde einverstanden.

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des **Patienten**

Nummer	Ersteller	Prüfer und Freigeber	Freigabe	Version	Freigabe	Review
D1399	Franz-Mancuso, Fr. Dr.	-	Weizel, Fr. Dr.	1	05.08.2014	