

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Vorname Nachname der  
Patientin/ des Patienten

\_\_\_\_\_

geboren am

wohnhaft (vollständige  
Adresse)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

alle Mitarbeiter des Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit  
Behinderung (MZEB) von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden  
Personen, Ämtern, Institutionen, Ärzten und Kliniken: **(Angaben bitte  
nach Möglichkeit mit vollständiger Adresse und Tel./Fax-Nr., um  
Vorbefunde anfordern zu können)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gleichzeitig entbinde ich die oben benannten Personen, Ämter,  
Institutionen, Ärzte und Kliniken von Ihrer Schweigepflicht gegenüber  
den Mitarbeitern des Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit  
Behinderung.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt bis zu deren Widerruf mit Wirkung  
für die Zukunft.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. Name und Unterschrift des Betreuers

MVZ in den Pfeifferschen Stiftungen  
GmbH

Geschäftsführer:  
Christian von der Becke  
Pfeifferstraße 10  
39114 Magdeburg

Telefon: (0391) 8505 9900  
Fax: (0391) 8505 9980

Sitz der Gesellschaft: Magdeburg  
Registriert beim Amtsgericht Stendal  
unter HRB: 5779  
USt-ID-Nr.: DE295244176

Bank für Sozialwirtschaft Magdeburg  
IBAN: DE96 8102 0500 0004 4569 00  
BIC: BFSWDE33MAG