

**Gebäude 50, D-66421 Homburg**

Telefon +49 (0) 6841 16 24661

Fax +49 (0) 6841 16 17 21462

E-Mail [info-nuk@uks.eu](mailto:info-nuk@uks.eu)

Web [www.uks.eu/nuklearmedizin](http://www.uks.eu/nuklearmedizin)

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_ (Vorname, Nachname)

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ (Ort)

wohnhaft in \_\_\_\_\_ (vollständige Adresse)

alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Alle unten genannten Personen oder Institutionen dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten. (ggf. ergänzend) Diesen Personen erlaube ich hiermit auch, dass sie auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte erhalten bzw. Befunde und Bildmaterial anfordern können.

Es handelt sich hierbei um folgende Personen/Institutionen:

Mein/e Partner/in: \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname, Geb.dat., Adresse

Mein/e Kind/er: \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname, Geb.dat., Adresse

Weitere Personen: \_\_\_\_\_  
*(diese können der rechtliche Betreuer oder andere Angehörige sein)*  
Vorname, Nachname, Geb.dat., Adresse

Institutionen:  
Versicherung \_\_\_\_\_  
Name, Straße, Stadt

Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Name, Straße, Stadt

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte per Fax an 06841 16 17 21462 oder per Email an [info-nuk@uks.eu](mailto:info-nuk@uks.eu) schicken!