

 ASKLEPIOS	Schweigepflichtsentbindung Adipositaszentrum	Ansprechpartner: Spengler, Petra	
Geltungsbereich:	Formular	1009315	

Name:

geboren am:

Straße:

Ort:

Behandlung am:

im: Adipositaszentrum Hamburg im Asklepios Westklinikum Hamburg

Bereich Chirurgische Klinik

Suurheid 20

22559 Hamburg

wegen: Adipositas /Metabolische / Bariatrische Erkrankung

Ich erkläre mich einverstanden, dass das Asklepios Westklinikum Hamburg

- a. die mich betreffenden Krankenpapiere (z.B. Krankenblätter, Krankengeschichten, ärztlichen Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten),
- b. Akten von Behörden und Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden können,
- c. Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin, heranziehen und einsehen darf.

Ich erkläre mich gleichzeitig damit einverstanden, dass die Behandlungsunterlagen anderen Ärzten als den an der Behandlung Beteiligten zur Überprüfung des Behandlungsablaufs vorgelegt werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____