

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich die Ärztin/den Arzt

.....
.....
.....

von ihrer/seiner Schweigepflicht gegenüber der Landesärztekammer Thüringen. Er/Sie wird bevollmächtigt, die Landesärztekammer sofort über Unregelmäßigkeiten, wie z. B. die Nichteinhaltung eines vereinbarten Termins, in Kenntnis zu setzen. Die Landesärztekammer ist berechtigt, in unregelmäßigen, kurzfristigen Abständen Informationen über die ambulanten Behandlungen anhand suchtrelevanter Laborwerte (u. a. Blutalkoholkontrolle, EtG, CDT, Leberwerte, Hämatokrit, Medikamenten- und Drogenscreening) sowie ggf. die Epikrisen stattgehabter stationärer Behandlungen anzufordern.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....