

# Gemeinschaftspraxis für Hämatologie und Onkologie

Dres. Bittrich, Weniger

<b>Vor- und Nachname:</b>	
<b>Geb.datum:</b>	
<b>Familienstand:</b>	
<b>Kinder:</b>	
<b>Berufliche Tätigkeit:</b>	
<b>Im Notfall zu verständigen:</b>	
<b>Hausarzt:</b>	

<b>Allergien:</b>	
<b>Aktuelle Medikamente:</b>	

<b>Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an die mitbehandelnden Ärzte und Kliniken sowie an das Tumorzentrum Erfurt einverstanden.</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>
<b>Ich entbinde hiermit die Ärzte der Gemeinschaftspraxis Dres. Bittrich, Schütze, Weniger von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Angehörigen/Personen (Auskunftsrecht):</b>	
<b>Name:</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>

*Vielen Dank!*