

G. Schams
Facharzt für Arbeitsmedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Verkehrs- und Notfallmediziner

Darmstädter Str. 30, 65474 Bischofsheim
Telefon: 06144/7475 Fax: 06144/330395
E-Mail: G-Schams@t-online.de
Arbeitsmedizin - Mainz - Darmstadt

Betreff: _____ **Name:** _____ **Geb. Datum** _____

Adresse: _____

Bischofsheim , _____

Sehr geehrte Frau Kollegin
Sehr geehrte Herr Kollege,

der oben genannte Proband war heute zur arbeitsmedizinischen Untersuchung
in meiner Praxis vorstellig geworden.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns **schnellstmöglich** dieses Schreiben
beantwortet per Mail zurücksenden könnten, an **g-schams@t-online.de**.

Diesbezüglich eventuell anfallende Kosten werden von uns nicht übernommen.
Der Proband hat Sie schriftlich von der Schweigepflicht mir gegenüber entbunden.

Bei der Anamnese hatte er angegeben, dass er an Schlaf Apnoe Syndrom leidet.

Wir bitten um den letzten Bericht vom Lungenfacharzt bzw. Schlaflabor.

Wir bitten falls möglich zu bescheinigen das er unter CPAP Therapie keine Tagesmüdigkeit hat und das von Ihrer
Seite keine Einwände gegen eine Fahrttätigkeit bestehen.

E i l i g b i t t e !!!

Ich bedanke mich im Voraus recht herzlich für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

G.Schams
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Arbeitsmedizin
Und für Verkehrsmedizin

Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis

G. Schams
Facharzt für Arbeitsmedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Verkehrs- und Notfallmediziner

Darmstädter Str. 30, 65474 Bischofsheim
Telefon: 06144/7475 Fax: 06144/330395
E-Mail: G-Schams@t-online.de
Arbeitsmedizin - Mainz - Darmstadt

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Betreff: _____ **Name:** _____ **Geb. Datum** _____

Adresse: _____

Bischofsheim , _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit entbinde ich meinen behandelnden Facharzt von der ärztlichen Schweigepflicht,
gegenüber dem Arbeitsmediziner Herr G. Schams, Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilen.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird
und widerrufen werden kann.

Datum / Unterschrift Proband

E i l i g b i t t e !!!