

Einverständniserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht beruhend auf meiner freien Entscheidung

☐ Ich bzw. ☐ Die/Der gesetzliche Vertreter/in _____ von

(Name, Vorname, Geburtsdatum der Patientin/ des Patienten)

wohnhaft in

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort der Patientin/ des Patienten)

erkläre mich damit einverstanden, dass

(von der Schweigepflicht entbundene Person/en – Titel, Name)

die folgenden Unterlagen/bzw. folgende Auskünfte bis auf Weiteres (oder bis zum...)

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| ☐ Krankenblatt | ☐ Arztbrief | ☐ Befundbericht | ☐ Behandlungsbericht |
| ☐ Krankenblatt | ☐ Arztbrief | ☐ Befundbericht | ☐ Behandlungsbericht |
| ☐ EKG | | | |
| ☐ Sonstiges: | _____ | | |

für den folgenden Zweck

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Abrechnung | ☐ Mitbehandlung | ☐ Nachbehandlung | ☐ Weiterbehandlung |
| ☐ Gutachtenerstellung | ☐ Sonstiges: _____ | | |

an

(Name, Vorname)

zur Verfügung gestellt werden / erteilt werden und entbinde die auskunftgebende Person insofern von Ihrer strafbewehrten Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

☐ Ich gebe meine Einwilligung nicht. Ich bin auf die Folgen der Verweigerung meiner Einwilligung hingewiesen worden. Diese Entscheidung beruht auf meinem freien Willen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patientin / Patient bzw. gesetzl. Vertreterin / Vertreterin)