

## Einwilligungserklärung zur Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

alle mich behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht. Die nachfolgenden Personen dürfen Auskünfte über meinen Zustand erhalten. Ebenfalls können Rezepte oder sonstige Verordnungen ausgehändigt werden.

### Meinen Lebenspartner:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Meinen Kindern/Enkeln:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Meinem rechtlichen Betreuer:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Weiteren Personen:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/Gesetzlichen Vertreters