

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht
(Nicht-Zutreffendes bitte streichen)

Ich, _____, _____, _____,
(Name) (Vorname) (Geb.Datum)

willige unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte ein, dass folgende Personen/Institutionen/Ämter/Ärzte Auskünfte über mich bzw. meinen Gesundheitszustand erhalten dürfen und erhobene Befunde in ausgedruckter Form abholen dürfen, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Name, Vorname: _____ geb. am _____

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/ des gesetzlichen Vertreters
