

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name/Patient/Patientin [BLOCKSCHRIFT]      Vorname      Geburtsdatum

Anschrift

Hiermit entbinde ich Frau /Herrn Dr. med. \_\_\_\_\_ von seiner Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson Frau /Herrn \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_ wohnhaft \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt der *genannten Person meines Vertrauens* uneingeschränkt Auskunft über meine erhobenen medizinischen Daten gibt.

Sofern notwendig, bin ich auch damit einverstanden, dass vorliegende Facharzt-, Kur- bzw. Krankenhausberichte, die mich betreffen, an die *Person meines Vertrauens* ausgehändigt werden.

Mit freundlichen Grüßen,

Datum / Unterschrift Patient/-in /Eltern oder Vertretungsberechtigte      Datum      Unterschrift Arzt

**Zur Kenntnis genommen und einverstanden:**

Datum / Unterschrift Patient/-in /Eltern oder Vertretungsberechtigte      Datum      Unterschrift Arzt