



Schweigepflichtentbindungserklärung Angehörige

Patient/in: _____

Geb.-Datum _____

Ich entbinde hiermit meinen behandelnden Arzt sowie das Praxisteam gemäß § 203 StGB von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend benannten Personen. Die Entbindung umfasst Auskünfte über Gesundheitszustand, Diagnosen, Befunde und Behandlungsverlauf sowie Einsicht in die Patientenakte.

Berechtigte Person(en):

Name _____ Geb.-Datum _____

Name _____ Geb.-Datum _____

Umfang: mündlich telefonisch schriftlich Einsichtnahme in die Patientenakte

Gültigkeit: einmalig am _____ gültig bis _____ bis auf Widerruf

Ich erteile diese Schweigepflichtentbindung freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Auskunftserteilung erfolgt nur nach Identitätsprüfung der berechtigten Person.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/in _____

(bei Minderjährigen: gesetzliche Vertretung)