

# Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

**Nummer: FO-17378**    **Gültig ab: Gültig ab**

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

---

Anschrift

Hiermit entbinde ich Frau/Herrn Dr. med. \_\_\_\_\_ von ihrer/seiner Schweigepflicht gegenüber meiner Vertrauensperson Frau/Herr \_\_\_\_\_, 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, Rezepte oder Überweisungsscheine, die mich betreffen, an die Person meines Vertrauens ausgehändigt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vereinbarung ohne Angaben von Gründen jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

---

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