

## Entbindung von der Schweigepflicht

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre notwendigen personenbezogenen Daten an weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten und weitere Dritte übermitteln zu dürfen, benötigen wir von Ihnen eine Entbindung von der Schweigepflicht.

### Hiermit entbinde ich:

---

Vorname, Name, Geb.-Datum

---

Adresse

### die folgende Praxis/ den Arzt /die Ärzte:

---

Bezeichnung Praxis / Arzt / Ärzte

---

Adresse

**von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der notwendigen Weitergabe von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand. Dies können z.B. Unterlagen wie Arztberichte, Befunde, Patientenakten, Überweisungen und andere Dokumente zum Gesundheitszustand sein.**

Diese Entbindung gilt für folgende Einrichtungen:

---

Name der Einrichtung, Adresse

---

Name der Einrichtung, Adresse

---

Name der Einrichtung, Adresse

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

Datum: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Patienten