

Sehr geehrte/r Patient/in

Ihre Angehörigen wünschen ein Gespräch mit Ihrer behandelnden Hausärztin. Wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir über Ihren Gesundheitszustand mit ihren Angehörigen sprechen, brauchen wir von Ihnen eine Schweigepflichtentbindung.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Patient/in: Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ich entbinde hiermit die Ärzte der Praxis Kirchstraße sowie das behandelnde medizinische Personal von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Personen:

Angehörige/ bevollmächtigte Personen: Name, Vorname: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____ (optional – weitere Personen)

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst insbesondere Informationen zu

- Diagnosen
- Untersuchungsergebnissen
- Behandlungsmaßnahmen
- Krankheitsverlauf
- Prognose und Therapieplanung

Ich bin darüber informiert worden, dass diese Entbindung freiwillig erfolgt und dass ich sie jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Diese Entbindung gilt ☐ einmalig ☐ bis auf Widerruf ☐ bis zum _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

(Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in, falls erforderlich): _____

Bei nicht mehr gewährleisteter Einwilligungsfähigkeit, ist die Vorlage einer Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung nötig.