

## Schweigepflichtentbindung

Name/Patient [BLOCKSCHRIFT] Vorname Geburtsdatum

wohnhaft

hiermit entbinde ich mein/e behandelnde/n Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_  
von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Ehefrau / Ehemann       Tochter / Sohn       weitere Verwandte       Betreuer/Pflegedienst

Name [BLOCKSCHRIFT] Vorname Geburtsdatum

wohnhaft Telefon

Ehefrau / Ehemann       Tochter / Sohn       weitere Verwandte       Betreuer/Pflegedienst

Name [BLOCKSCHRIFT] Vorname Geburtsdatum

wohnhaft Telefon

Ehefrau / Ehemann       Tochter / Sohn       weitere Verwandte       Betreuer/Pflegedienst

Name [BLOCKSCHRIFT] Vorname Geburtsdatum

wohnhaft Telefon

### Einverständnis des Patienten

Mein/e behandelnde/n Arzt/Ärztin kann den oben genannten Personen Auskünfte über meine Erkrankungen, Untersuchungsergebnisse und Therapien geben.

**Des Weiteren bin ich mit der Verwendung meiner Akte / meiner Befunde für eine eventuelle Familienuntersuchung bei o.g. Personen einverstanden.**

***Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.***

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient