

Einwilligungserklärung zur Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

alle mich behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht. Die nachfolgenden Personen dürfen Auskünfte über meinen Zustand erhalten. Ebenfalls können Rezepte oder sonstige Verordnungen ausgehändigt werden.

Meinen Lebenspartner:

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Meinen Kindern/Enkeln:

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Meinem rechtlichen Betreuer:

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Weiteren Personen:

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Gesetzlichen Vertreters