



Einverständniserklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, Privatperson

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erteilt am _____

Hiermit entbinde ich

Vor- / Zuname	
Geburtsdatum	
Anschrift	

die behandelnden Ärzte/Ärztinnen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie
sowie die betreffenden Einrichtungen, nachfolgenden Personen Informationen über

- ☐ meinen Gesundheitszustand zu geben und
- ☐ auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren
- ☐ Sowie Terminvereinbarungen durchzuführen
- ☐ Abholung medizinischer Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, angeforderte Dokumente, Abrechnungsunterlagen)
- ☐ Sonstiges:

Vor- / Zuname	
Anschrift	

für folgenden Zeitraum

- ☐ einmalig am _____
- ☐ bis zum _____
- ☐ dauerhaft



Die Kopie eines amtlichen Ausweises wird durch den Bevollmächtigten zur Legitimierung vorgelegt.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann diese Einwilligung zudem jederzeit in Textform (z. B. Brief, E-Mail) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mein Daten werden dann nicht mehr für die oben genannten Zwecke verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient
(bzw. ges. Vertreter)