

## Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

unsere Praxis nimmt den Datenschutz und die ärztliche Schweigepflicht sehr ernst. Das tun wir in Ihrem Interesse und zum Schutz Ihrer persönlichen Daten. Wir möchten Sie bitten, uns dabei zu unterstützen. Wir danken daher für Ihr Verständnis, dass wir an Angehörige keine Daten über Ihren Gesundheitszustand, Ihre Behandlung, Ihre Anwesenheit oder Therapie weitergeben.

Falls Sie es dennoch wünschen, dass Angehörige oder Bekannte von uns informiert werden oder Rezepte an Angehörige, Nachbarn oder Pflegedienste ausgegeben werden, bitten wir Sie, uns eine entsprechende Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ihr Praxisteam

---

Patientendaten:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Vollständige Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Angehörige auf Nachfrage Auskunft über die Befunde der Untersuchungen erhalten, und/oder Rezepte o.ä. für mich abholen dürfen:

\_\_\_\_\_  
Vollständiger Name und Anschrift

\_\_\_\_\_  
Verhältnis (z.B. Tochter)

\_\_\_\_\_  
Vollständiger Name und Anschrift

\_\_\_\_\_  
Verhältnis (z.B. Tochter)

**Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig ist und von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift