



Schweigepflichts-Entbindung

Hausarztpraxis am Brölbach

Brölbahnstraße 11 · 51545 Waldbröl

Alzener Weg 9 · 51597 Morsbach

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname: _____

Geburtsort und -Datum: _____

Anschrift: _____

die behandelnden Ärztinnen und Ärzte der **Hausarztpraxis am Brölbach** sowie deren Mitarbeitende von der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gegenüber:

Name / Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Umfang der Entbindung

Die Entbindung umfasst alle im Rahmen meiner medizinischen Behandlung erhobenen Daten und Unterlagen, insbesondere: Diagnosen und Befunde, Untersuchungsergebnisse, Arztberichte, Therapie- und Behandlungsdaten, Medikationspläne, sonstige gesundheitsbezogene Informationen

Die Daten dürfen zum Zweck der medizinischen Weiterbehandlung, Beratung oder Information übermittelt werden.

Hinweis zum Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichts-Entbindung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

(bei Minderjährigen oder nicht einwilligungsfähigen Personen: Unterschrift der/des Sorgeberechtigten bzw. gesetzlichen Vertretung)