

## Entbindung Schweigepflicht

---

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass **Rezepte, Verordnungen, schriftliche Befunde, Dokumente (z.B. Ein-, Überweisungen)** \* von folgenden Personen, Institutionen (z.B. Sozialstationen) in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

\* Nichtzutreffendes bitte streichen

---

---

---

Welche Personen (Angehörige, Bekannte) dürfen von uns Auskunft über Sie einholen?  
Sie entbinden uns diesen Personen gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht.

---

---

---

---

**Datum, Unterschrift**

Ich bin berechtigt, gemäß BDSG §20 Absatz 5 diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

---

**Datum, Unterschrift**