

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, _____ [Vorname, Nachname],

die behandelnden Ärzte sowie medizinischen Fachkräfte der Gemeinschaftspraxis Dres. Richter von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte die Weitergabe meiner medizinischen Daten an folgende Personen/Institutionen:

Die Weitergabe betrifft folgende Informationen:

Ermächtigung zur Herausgabe von Befunden und Befundbesprechung

Hiermit ermächtige ich, _____ [Vorname, Nachname], die behandelnden Ärzte sowie medizinischen Fachkräfte der Gemeinschaftspraxis Dres. Richter medizinische Befunde und Informationen über meinen Gesundheitszustand an folgende Personen herauszugeben:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

[bitte jeweils Vorname, Nachname sowie Geburtsdatum der berechtigten Personen angeben]

Ich gestatte, dass diese Informationen in offener Form übergeben werden dürfen. Ich bin mir bewusst, dass durch diese Ermächtigung keine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht erfolgt, da ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe der Informationen gegeben habe. Diese Ermächtigung gilt dauerhaft bis zu ihrem schriftlichen Widerruf.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und die Ermächtigung zur Herausgabe von Befunden und Befundbesprechung jederzeit schriftlich - aber nur mit Wirkung für die Zukunft - widerrufen kann.

Datum: _____

Unterschrift Patient/Patientin: _____