



Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich, _____ (Vorname, Nachname)

geb. am _____ in _____ (Ort)

wohnhaft in _____ (vollständige Adresse)

alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Alle unten genannten Personen oder Institutionen dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten. (Ggf. ergänzend) Diesen Personen erlaube ich hiermit auch, dass sie auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte erhalten bzw. Befunde und Bildmaterial anfordern können.

Es handelt sich hierbei um folgende Personen/Institutionen:

Mein/e Partner/in:

Vorname, Nachname, Geburtsdatum

Adresse

Mein/e Kind/er:

Vorname, Nachname, Geburtsdatum

Adresse

Weitere Personen:

*(Diese können der rechtliche
Betreuer oder andere
Angehörige sein)*

Vorname, Nachname, Geburtsdatum

Adresse

Ort, Datum

Unterschrift