

# SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

i

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht nach DSGVO

Ich entbinde meine behandelnde Ärztin Frau Tanja Berens von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen und Situationen:

### Bitte Vor- und Nachname, Anschrift u Geburtsdatum angeben!

- Rezepte / Überweisungen etc. dürfen abgeholt werden von:

_____	_____	_____
Name	Straße/ Hausnummer	Telefon (Privat)
_____	_____	_____
Vorname	Postleitzahl	Mobiltelefon
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Wohnort	E-Mail

- Über meinen Gesundheitszustand dürfen folgende Personen informiert werden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Mitarbeiter folgender Einrichtungen (z.B. Wohnheime, Pflegeheime) dürfen Rezepte etc. für mich abholen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name der Patientin

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin