

Praxis Dr. Irlenbusch	<b>Einverständniserklärung Dritte/Angehörige</b>	04
		Standardformular

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,.....(Vorname, Nachname)

geboren am.....

wohnhaft

..... (vollständige Adresse)

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

Zudem dürfen bestellte Unterlagen wie z.B. Rezepte oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die genannten Angehörige, Apotheken, Pflegeheime/Dienste bzw. Institutionen versendet werden bzw. abgegeben werden.

Es handelt sich um folgende Personen/Institutionen:

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen zu meiner Person

Mein/e Partner/in:..... (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

Mein/e Kind/er: ..... (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

Weitere Personen: .....(Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

*(diese können der rechtliche Betreuer oder andere Angehörige sein).*

*Datum, Unterschrift:.....*

Erstellt am: 30.8.24	Geprüft am: 30.8.24	Freigegeben am: 30.8.24
Erstellt von: Team Irlenbusch	Geprüft von: Irlenbusch	Freigegeben von: Irlenbusch
Seite 1 von 2	Version 1.0	Datei: 04_Einverständniserklärung_Patient_2024_Dritte.doc

Praxis Dr. Irlenbusch	<b>Einverständniserklärung Dritte/Angehörige</b>	04
		Standardformular

Erstellt am: 30.8.24	Geprüft am: 30.8.24	Freigegeben am: 30.8.24
Erstellt von: Team Irlenbusch	Geprüft von: Irlenbusch	Freigegeben von: Irlenbusch
Seite 2 von 2	Version 1.0	Datei: 04_Einverständniserklärung_Patient_20 24_Dritte.doc