

## Schweigepflichtsentbindung

### Informationsweitergabe an Angehörige

Hiermit entbinde ich

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

die Arztpraxis Dr. med. Christiane Freese und Tobias Sickermann  
(Hausärzte am Dokters-Pad) von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den unten aufgeführten Personen.

Mit diesem Einverständnis werden die von der Schweigepflicht entbundenen Ärzte ermächtigt, alle gesundheitlichen wie personenbezogenen Daten sowohl schriftlich als auch (fern-)mündlich an die genannten Personen weiterzugeben.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

	Name	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad / pers. Bezug
1			
2			

Norden, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten