

# SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Name des Patienten : \_\_\_\_\_

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

## **Erklärung zur Schweigepflichtentbindung:**

Hiermit entbinde ich, der/die Unterzeichnende, die im Rahmen der medizinischen Behandlung mit der Betreuung beauftragten Personen von der Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend genannten Personen oder Einrichtungen. Diese Entbindung gilt ausschließlich für die in diesem Dokument genannten Informationen und ist zeitlich auf die Dauer der Behandlung beschränkt.

Name und Beziehung der entbundenen Personen/Einrichtungen :

---

Umfang der Schweigepflichtentbindung :

Die Entbindung erstreckt sich auf alle medizinischen Befunde, Diagnosen, Therapien und sonstige für die Behandlung relevante Informationen. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb der benannten Personen oder Einrichtungen ist ausgeschlossen.

Dauer der Schweigepflichtentbindung :

Diese Schweigepflichtentbindung ist gültig für die Dauer der aktuellen Behandlung und erlischt automatisch mit deren Beendigung, sofern keine anderweitige schriftliche Vereinbarung getroffen wird.

Widerruf der Schweigepflichtentbindung :

Der Widerruf dieser Schweigepflichtentbindung ist jederzeit schriftlich möglich. Nach Zugang des Widerrufs gilt die Entbindung nicht mehr für zukünftige Informationen.

**UNTERSCHRIFT PATIENT / ERWACHSENERUNTERSCHRIFT BEHANDLUNGSVERANTWORTLICHER**

Datum : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://vorlagenfy.com/schweigepflichtentbindung-vorlage/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://vorlagenfy.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.