



ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich

(Name, Adresse)

geboren am _____

gesetzlich vertreten durch

(Name, Adresse)

den/die Mitarbeitende:n _____

der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln, Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln, sowie alle weiteren an der Behandlung beteiligten Mitarbeitenden

gegenüber _____

(Person bzw. Einrichtung, z.B. Krankenkasse, Medizinischer Dienst, Ärztekammer, Gericht)

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gilt gegenüber allen Mitarbeitenden der

(Einrichtung, z.B. Krankenkasse, Medizinischer Dienst, Ärztekammer, Gericht)

Ich kann diese Erklärung auf bestimmte Behandlungsvorgänge einschränken und – im Falle mehrerer Behandler – auch nur für einzelne Personen Schweigepflichtentbindungen erteilen. Die Erklärung wird auf folgende Krankenhausaufenthalte/ Behandlungen bzw. für folgende Personen eingeschränkt:

Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich wurde über den Sinn und Zweck der Schweigepflichtentbindungserklärung und über die Folgen einer Verweigerung belehrt.

_____, den _____

(Unterschrift Patient/ Patientin)