
Datenschutzmanagement

Hausarztzentrum Kellen, Emmericher Str. 181, 47533 Kleve

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

alle mich behandelnden Ärzte und Mitarbeiterinnen des Hausarztzentrum Kellen zur internen medizinischen Kommunikation von ihrer Schweigepflicht.

Ich bitte sie, nachfolgenden Personen Auskünfte über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben, Rezepte etc. auszuhändigen und auf Wunsch Einsicht in die Krankenakten zu ermöglichen:

Meinem Lebenspartner / meiner Lebenspartnerin

Vor- und Nachname: _____

Meinen Kindern/Enkeln

Vor- und Nachname: _____

Meinen Eltern

Vor- und Nachname: _____

Weiteren Personen

Vor- und Nachname: _____

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

Datum

Unterschrift

Datum der Anlegung: 17.04.2018
Datum der letzten Änderung:
Freigegeben durch: Praxisleitung