

SCHWEIGEPLICHTENTBINDUNG

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

1. Angaben zur erklärenden Person

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

2. Von der Schweigepflicht entbundene Person oder Stelle

Hiermit entbinde ich folgende Person bzw. Stelle von ihrer gesetzlichen oder beruflichen Schweigepflicht:

- ☐ Ärztin / Arzt
- ☐ Zahnarzt / Zahnärztin
- ☐ Psychotherapeut/in
- ☐ Krankenhaus / Klinik
- ☐ Pflegeeinrichtung / Pflegedienst
- ☐ Therapeut/in
- ☐ Beratungsstelle
- ☐ Rechtsanwalt / Rechtsanwältin
- ☐ Steuerberater/in
- ☐ Sonstige Person oder Stelle

Name der Person / Einrichtung:

Fachrichtung / Abteilung:

Anschrift:

Telefon:

3. Gegenüber wem dürfen Informationen erteilt werden?

Die oben genannte Person bzw. Stelle darf gegenüber folgender Person oder Institution Auskünfte erteilen:

- ☐ Angehörige / Vertrauensperson
- ☐ Ärztin / Arzt
- ☐ Krankenhaus / Klinik
- ☐ Pflegeeinrichtung / Pflegedienst
- ☐ Krankenkasse
- ☐ Versicherung
- ☐ Behörde
- ☐ Rechtsanwalt / Rechtsanwältin
- ☐ Sonstige Person oder Institution

Vor- und Nachname / Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon / E-Mail:

Verhältnis zu mir, falls zutreffend:

4. Umfang der Schweigepflichtentbindung

Die Schweigepflichtentbindung gilt für folgende Informationen:

- ☐ sämtliche für den unten genannten Zweck erforderlichen Informationen
- ☐ Diagnosen
- ☐ Befunde
- ☐ Untersuchungsergebnisse
- ☐ Laborwerte
- ☐ Arztberichte
- ☐ Krankenhausberichte
- ☐ Behandlungsverlauf
- ☐ Medikation
- ☐ Therapien und Behandlungsmaßnahmen
- ☐ Pflegeinformationen
- ☐ Gutachten
- ☐ Abrechnungsunterlagen
- ☐ sonstige medizinische Unterlagen
- ☐ ausschließlich folgende Informationen:

5. Ausdrücklich ausgeschlossene Informationen

Folgende Informationen oder Unterlagen dürfen nicht weitergegeben werden:

- ☐ Es bestehen keine zusätzlichen Einschränkungen.

6. Zweck der Schweigepflichtentbindung

Die Weitergabe der Informationen erfolgt ausschließlich zu folgendem Zweck:

- ☐ medizinische Weiterbehandlung
- ☐ Abstimmung zwischen behandelnden Ärzten oder Therapeuten

- ☐ Pflege und Versorgung
- ☐ Bearbeitung eines Versicherungsfalls
- ☐ Bearbeitung durch die Krankenkasse
- ☐ Erstellung eines Gutachtens
- ☐ behördliches Verfahren
- ☐ rechtliche Vertretung
- ☐ Unterstützung durch eine Vertrauensperson
- ☐ sonstiger Zweck:

7. Art der Informationsweitergabe

Die erforderlichen Informationen dürfen weitergegeben werden:

- ☐ mündlich
- ☐ telefonisch
- ☐ schriftlich
- ☐ per Post
- ☐ elektronisch
- ☐ durch Übermittlung von Kopien vorhandener Unterlagen
- ☐ durch unmittelbare Kommunikation zwischen den oben genannten Personen oder Stellen
- ☐ nur auf folgende Weise:

8. Gegenseitige Schweigepflichtentbindung – optional

- ☐ Die Schweigepflichtentbindung gilt ausschließlich für die Weitergabe von Informationen durch die unter Abschnitt 2 genannte Person oder Stelle.
- ☐ Ich gestatte zusätzlich einen gegenseitigen Informationsaustausch zwischen folgenden Personen bzw. Stellen, soweit dies für den genannten Zweck erforderlich ist:

9. Geltungsdauer

Diese Schweigepflichtentbindung gilt:

- ☐ einmalig für den oben genannten Vorgang.
- ☐ bis zum Abschluss der folgenden Behandlung / Angelegenheit:
- ☐ bis zum folgenden Datum:
- ☐ bis zu meinem Widerruf.

10. Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Der Widerruf kann gegenüber der von der Schweigepflicht entbundenen Person oder Stelle erklärt werden.

11. Freiwilligkeit und Erklärung

Ich erteile diese Schweigepflichtentbindung freiwillig.

Ich habe festgelegt, welche Person oder Stelle von ihrer Schweigepflicht entbunden wird, gegenüber wem Informationen weitergegeben werden dürfen und für welchen Zweck die Erklärung gilt.

Die Weitergabe soll nur in dem in dieser Erklärung bestimmten Umfang erfolgen.

Ort:

Datum:

Unterschrift der erklärenden Person:

Vor- und Nachname in Druckbuchstaben:

Bei minderjährigen Personen – falls erforderlich

Name des Kindes / Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Name der sorgeberechtigten Person:

Verhältnis zum Kind:

Unterschrift:

Weitere sorgeberechtigte Person, falls erforderlich:

Unterschrift: