



Stabsstelle Qualitäts- und Prozessmanagement

Revision: 003/02.2024

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindung

Status: freigegeben

Bitte vermerken Sie in der nachfolgenden Tabelle die personenbezogenen Daten der Patientin/ des Patienten!

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

In Bezug auf die Behandlung im Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R., vom

..... bis entbinde ich alle, auch die vor - und nachbehandelnden Ärzte sowie das Pflege- und Hilfspersonal von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der/ den folgenden Person(en):

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Bezug zur Patientin/ zum Patienten (Tochter/ Sohn, Enkel(in), Schwager, etc.)	

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ in
(ab Vollendung des 16. Lebensjahres,
sofern einwilligungsfähig)

Ort, Datum

Unterschrift des **gesetzlichen Vertreters**
(bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
des Patienten/ der Patientin)

Hinweis: Dieses Dokument ist von der Patientin/ von dem Patienten auszufüllen und zu unterschreiben! Bitte beachten Sie, dass die 2. Seite nur ausgefüllt werden muss, wenn die Schweigepflichtentbindung widerrufen werden soll.



Stabsstelle Qualitäts- und Prozessmanagement

Revision: 003/02.2024

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindung

Status: freigegeben

Hinweis zum Recht auf Widerruf

Einwilligungen können jederzeit teilweise oder insgesamt widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht berührt. **Die nachfolgenden Unterschriften beziehen sich nur auf den Widerruf!**

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ in (ab Vollendung des 16. Lebensjahres, sofern einwilligungsfähig)

Ort, Datum

Unterschrift des **gesetzlichen Vertreters** (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Patienten/ der Patientin)