

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Patient/ Patientin:

Name: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

In Bezug auf meine Behandlung in dem Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R., von

....., bis, entbinde ich alle – auch die vor- und nachbehandelnden –
Ärzte sowie das Pflege- und Hilfspersonal von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:
(Name, Geburtsdatum, Anschrift, Bezug zum Patienten z. B.: Bruder/ Schwester, Schwager/Schwägerin, etc.)

.....

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ in (ab Voll-
endung des 16. Lebensjahres, sofern
einwilligungsfähig)

Ort, Datum

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

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.

Ort, Datum

Unterschrift Anspruchsteller/ in (ab Voll-
endung des 16. Lebensjahres, sofern
einsichtsfähig)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bis
zur Vollendung des 18. Lebensjahres des
Anspruchstellers/ der Anspruchstellerin)