

**Einwilligungserklärung
zur Entbindung von der Schweigepflicht**

Folgende Daten dürfen zum Zweck der
z.B.: private Abrechnung, Gutachten/Attest-Erstellung, Klärung von Renten- und
Versicherungsansprüchen etc.

unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte
z.B. private Versicherungen, Rententräger etc.

übermittelt werden:
z.B. Dokumente, Arztbriefe, Röntgenbefunde-/bilder

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung

an folgende Angehörige weitergegeben werden, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname, Anschrift: geb. am:

Name, Vorname, Anschrift: geb. am:

Name, Vorname, Anschrift: geb. am:

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

Ort, Datum

Unterschrift
Patient(in)/ gesetzliche/r Vertreter(in)