

Entbindung von der Schweigepflicht

Liebe Patientin,

lieber Patient,

um Ihre notwendigen personenbezogenen Daten an weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten und weitere Dritte übermitteln zu dürfen, benötigen wir von Ihnen eine Entbindung der Schweigepflicht.

Hiermit entbinde ich:

Vorname, Name, Geb.-Datum

Adresse

das

**MVZ West GmbH Wuppertal
Hainstraße 17
42109 Wuppertal**

von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der notwendigen Weitergabe von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand. Dies können z.B. Unterlagen wie Arztberichte, Befunde, Patientenakten, Überweisungen und andere Dokumente zum Gesundheitszustand sein.

Diese Entbindung gilt für folgende Einrichtung:

Name der Einrichtung, Adresse

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

Datum

Unterschrift Patient(in)/gesetzl. Vertreter