

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB)

Hiermit entbinde ich,

Vorname

.....

Name

.....

Geburtsdatum

.....

Straße, Hausnr.

.....

Wohnort, PLZ

.....

folgenden Arzt von seiner Schweigepflicht:

Name

.....

Praxisadresse

.....

.....

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und deren Befund

an

Betrieb                      Hausarztpraxis

Name                         Dr. Stella Bodenburg

Straße, Hausnr             Rathausplatz 5

Wohnort, PLZ            37120 Bovenden

herausgegeben werden dürfen.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Patienten/in  
ggf. des gesetzlichen Vertreters