



QM

Entbindung der
ärztlichen Schweigepflicht

Seite 1 von 1

Revision 1
Datum 15.09.2022

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

_____ (Vorname und Nachname)

_____ (Geburtsdatum)

_____ (Anschrift)

die Ärzte und das Praxisteam der Frauenarztpraxis Fatma Michels und Bukurije Plasger mit dem Standort Am Zehnthof 149 in 44141 Dortmund von ihrer Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- Akten die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen enthalten könnten von Behörden und von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern
- Arzt- oder Krankenhausberichte, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund

an

_____ (Vorname und Nachname)

_____ (Geburtsdatum)

herausgegeben und verwertet werden dürfen.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

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

_____ (Ort, Datum und Unterschrift)

Bei einer Entbindung der Schweigepflicht von natürlichen Personen ist es erforderlich, dass beide Personalausweise in Kopie beigefügt werden.

erstellt am 15.09.2022
von Janin Adamek

geprüft am 16.09.2022
von Lisa Slowinski

genehmigt am 16.09.2022
von FM und BP