

# Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Nummer: FO-31730

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

**alle mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte des Endokrinologikum Frankfurt, Stresemannallee 1/3, 60596 Frankfurt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht.** Ich bin damit einverstanden, dass die/der mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte den unten genannten Personen uneingeschränkt Auskunft über meine erhobenen medizinischen Daten gibt und auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte ermöglicht:

## Lebenspartner/in (optional)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

## Weitere Angehörige (optional)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

## Rechtlicher Betreuer/Dolmetscher (optional)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

## Weitere Personen (optional)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese jederzeit von mir mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindungserklärung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum Unterschrift Ärztin/Arzt