



Entbindung von der Schweigepflicht

gemäß § 9 Abs. 1 MBO-Ä sowie Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO

1. Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Anschrift:	_____
Versicherten-Nr. (opt.):	_____

2. Bevollmächtigte Personen

Ich entbinde die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Person 1 – Bevollmächtigte/r	
Vorname, Nachname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Verhältnis zum Patienten:	<i>z. B. Ehepartner/in, Kind, enger Freund ...</i>
Umfang der Auskunft:	<i>vollständig / nur:</i>

Person 2 – Bevollmächtigte/r	
Vorname, Nachname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Verhältnis zum Patienten:	<i>z. B. Ehepartner/in, Kind, enger Freund ...</i>
Umfang der Auskunft:	<i>vollständig / nur:</i>

Person 3 – Bevollmächtigte/r	
Vorname, Nachname:	_____
Geburtsdatum:	_____

Verhältnis zum Patienten: z. B. Ehepartner/in, Kind, enger Freund ...

Umfang der Auskunft: vollständig / nur:

Bei Bedarf kann ein Zusatzblatt mit weiteren Personen verwendet werden (Dok.-Nr. gleichlautend, Seite 2 ff.).

3. Umfang und Zweck der Entbindung

Zeitraum der Geltung:

von: _____

Inhaltliche Beschränkung (optional): Sofern nichts eingetragen ist, gilt die Entbindung für alle medizinischen Informationen.

4. Datenschutzrechtliche Hinweise (DSGVO)

Verantwortliche Stelle: Praxis Welperfeld, Im Welperfeld 6, 45527 Hattingen

Rechtsgrundlage: Ihre ausdrückliche Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

Freiwilligkeit: Die Erteilung dieser Einwilligung ist freiwillig. Ohne Entbindung können wir Dritten keine Auskunft erteilen.

Widerruf: Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Der Widerruf wirkt ab Zugang, nicht rückwirkend.

Betroffenenrechte: Sie haben das Recht auf Auskunft (Art. 15), Berichtigung (Art. 16), Löschung (Art. 17) und Einschränkung (Art. 18 DSGVO). Beschwerden richten Sie an die zuständige Aufsichtsbehörde.

5. Einwilligungserklärung und Unterschrift

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und verstanden. Ich erteile hiermit freiwillig meine Einwilligung gemäß den vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in

Bei Minderjährigen: Unterschrift beider Sorgeberechtigten erforderlich (bei Alleinsorge: Nachweis beifügen).