



## Patienteneinwilligung zur Übermittlung von Rezepten und Verordnungen

Ich, \_\_\_\_\_ [Name, Geburtsdatum], entbinde folgende Ärzte:

Dr. Breyer       Dr. Kaymak       Dr. Klabe       Dr. Taylor

Dr. Hübsch       Dr. Keitel       Herrn Liakouris       Dr. Osinga

die für meine Behandlung zuständigen Mitarbeiter/innen

von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

Angehörigen

\_\_\_\_\_ [Name, Geburtsdatum]

\_\_\_\_\_ [Name, Geburtsdatum]

Mitarbeitern des Pflegedienstes / Seniorenheims

\_\_\_\_\_ [Name, Geburtsdatum]

\_\_\_\_\_ [Name, Geburtsdatum]

Apotheken oder ähnlichen Instituten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dokumentenname:	Erstellt am:	durch:	Überprüft:	Freigabe
Schweigepflichtsentbindung	07.11.2018	A.Servatz	A. Servatz	Dr. Breyer



Ich erkläre mich damit einverstanden, dass folgende Unterlagen übermittelt/übersendet, mitgegeben/mitgeteilt und ggf. Termine vereinbart werden dürfen:

- Befunde       Rezepte       Überweisungen       Verordnungen
- Terminvereinbarung       Sonstiges \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss (gilt nicht für Apotheken).**

Dokumentenname:	Erstellt am:	durch:	Überprüft:	Freigabe
Schweigepflichtsentbindung	07.11.2018	A.Servatz	A. Servatz	Dr. Breyer