

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

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

alle mich behandelnden Ärzte sowie alle Beteiligten und das Klinikum Wolfsburg von der ärztlichen Schweigepflicht anlässlich meiner Behandlung vom ..... bis ..... im Klinikum Wolfsburg.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass ärztliche Auskünfte und Informationen über meinen gesundheitlichen Zustand an die nachfolgende Person herausgegeben werden dürfen:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Die Erklärung gilt auch für alle vor- bzw. nachbehandelnden Ärzte, deren Auskunft für die Beurteilung des Vorgangs von Bedeutung sein könnte.

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

.....  
Ort, Datum, Unterschrift