

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Anforderung von Patientenunterlagen

Patientendaten	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
geboren am	
Telefon-Nr.	

ggf. bestellter Betreuer / Erbe	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
geboren am	
Telefon-Nr.	

### Hinweis:

Vom bestellten Betreuer sind folgende Nachweise in Kopie zu erbringen:

1. *Vorsorgevollmacht des Betreuten (Vorsorgevollmacht muss auch die Gesundheitspflege umfassen)*

Vom Erben sind folgende Nachweise in Kopie zu erbringen:

1. *Ausweis oder Geburtsurkunde*
2. *Vorsorgevollmacht oder Erbschein*

**Ich entbinde hiermit den mich behandelnden Arzt / die mich behandelnden Ärzte von seiner / ihrer ärztlichen Schweigepflicht:**

Harzkl. Dorothea Christiane Erleben	
Klinik	
Standort	
Arzt / Ärzte	
Aufenthalt vom	

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

Angeforderte Unterlagen:	

Ort, Datum
------------

Unterschrift des Ausstellers
------------------------------

