

Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Angehörigen



Gültigkeitsbereich: ☒ medbo ☐ R ☐ WOE ☐ PAR ☐ AM ☐ CHA ☐ WEN

Angaben zum/r Patienten/in

Standort: BKR BKW BKP CHA AM WEN

Klinik, Station:

ggf. Aufkleber

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Postleitzahl, Ort: Straße:

Tel./Fax:

Schweigepflichtentbindung:

Hiermit entbinde ich die an meiner Behandlung, Therapie und Pflege beteiligten Ärzte sowie das therapeutisch-pflegerische Personal der Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz – KU bezüglich meiner aktuellen Krankenhausbehandlung seit _____ von der Schweigepflicht. Die Weitergabe dient der Information der Angehörigen/Dritten zum aktuellen Behandlungsgeschehen.

Ich entbinde den oben genannten Personenkreis von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Angehörigen/Dritten (bitte jeweils Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse angeben):

An oben genannte Angehörige/Dritte dürfen Informationen weitergegeben werden:

- ☐ ohne Einschränkung
- ☐ Zusammenfassung zum aktuellen Gesundheitszustand
- ☐ Möglichkeit der Kontaktaufnahme
- ☐ voraussichtliche Dauer der Behandlung
- ☐ Sonstiges:

Mit der Weitergabe folgender Informationen/Unterlagen bin ich nicht einverstanden:

Mir ist bekannt, dass diese Schweigepflichtentbindung freiwillig ist und jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Die Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Datenverarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Betreuer/in