


RZ Rheumazentrum Eltville MVZ GmbH	<b>Schweigepflicht-  Entbindung  Angehörige</b>	 <b>Rheumazentrum  Eltville</b>
---------------------------------------	---	---

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_ (Vorname, Nachname)  
geboren am \_\_\_\_\_  
wohnhaft \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (vollständige Adresse)

alle mich behandelnden Ärzte im Rheumazentrum in Eltville, Wilhelmstr. 3, 65343 Eltville, von ihrer Schweigepflicht. Alle unten genannten Personen dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten, Formulare abholen. Diesen Personen erlaube ich hiermit auch, dass sie auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte erhalten. Es handelt sich um folgende Personen:

Mein/e Partner/in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

Mein/e Kind/er \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

Weitere Personen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse)  
(diese können der rechtliche Betreuer oder andere Angehörige sein).

Diese Schweigepflichtentbindung kann von mir jederzeit, auch in Teilen, ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

Erstellt von: Sapphira Konopka	Dokument Nr.: QM-2.2.1-02	Revisionen: 0	Freigabe Datum: 11.01.2024
Freigabe: Dr. Brand	Vertraulichkeit: Gering	Letzte Prüfung: 01/2024	Seite: 1/1