


<h2>Schweigepflichtsentbindungserklärung</h2>	 <p>Klinikum Darmstadt GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus</p>
---	--

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname:

geb. am:

wohnhaft in:

die behandelnde Fachklinik(Name der Ärzte oder Fachklinik)

der Stationder **Klinikum Darmstadt GmbH**

hinsichtlich meiner Behandlung vom bis

wegen
(Diagnose oder Anlass der Behandlung)

von der ärztlichen Schweigepflicht

gegenüber den/der folgenden Person/en/Institutionen/Behörden/Sozialversicherungsträger/n oder
Rechtsanwälten:

.....

Die Auskünfte oder die Übersendung der Kopien aus der Krankenakte an den Betreffenden sollen
herausgegeben werden zur/zum

.....

(Zweck der Herausgabe, z.B. zur Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen)

Mit der Erteilung von ärztlichen Auskünften, sowie der Übersendung von

- Kopien aus meiner gesamten Patientenakte für den oben genannten Zeitraum
- den folgenden Unterlagen aus meiner Patientenakte:

.....

erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er bekannt wird und hat keine Rückwirkung, so dass die
Verarbeitung der bis zu diesem Zeitpunkt herausgegebenen Daten rechtmäßig bleibt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, bzw. Unterschrift des gesetzl. Vertreters