Bundeswehrkrankenhaus
WESTERSTEDE
Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht/ Weitergabe von Patientendaten

Hiermit entbinde ich,

_____
Name Vorname Geburtsdatum

_____
Anschrift

die Ärzte und Verwaltungsmitarbeiter des Bundeswehrkrankenhaus Westerstede von der ärztlichen Schweigepflicht über meine Behandlung

1. von _____ bis _____ in_____
   Datum Datum Notaufnahme/ Station/ Stelle

oder

2. _____
   (Diagnose/ Erkrankung)

gegenüber

_____

_____

_____

_____
(Versicherung, Organisation, Anwaltschaft, Gutachter, polizeiliche Ermittlungsbehörde, Gerichte o.Ä. mit Anschrift)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde, Diagnostik und Beratungen mitgeteilt werden.

Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____
Ort Datum Unterschrift