



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligung zur Weitergabe von Gesundheitsdaten

Ärztinnen und Ärzte unserer Praxis unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 9 Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen, § 203 StGB). Personenbezogene Gesundheitsdaten dürfen nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung an Dritte weitergegeben werden. Mit diesem Formular können Sie eine solche Einwilligung erteilen.

ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

ICH ENTBINDE DIE PRAXIS KARMANN VON DER SCHWEIGEPFLICHT GEGENÜBER

Name der Person / Institution (z. B. Angehörige, weiterbehandelnder Arzt, Krankenkasse)

Verhältnis zu mir (z. B. Ehepartner/-in, Kind, Betreuer/-in)

Telefon (optional)

UMFANG DER ENTBINDUNG

- ☐ **Vollständige Entbindung** – die genannte Person/Institution darf umfassend über meinen Gesundheitszustand, Diagnosen, Therapien und Befunde informiert werden.
- ☐ **Beschränkte Entbindung** – ausschließlich zu folgendem Thema/Anlass:

GÜLTIGKEIT

Einmalig, für den oben genannten Anlass

☐

Unbefristet, bis auf Widerruf

☐

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit formlos, ganz oder teilweise, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in (bei Minderjährigen: Personensorgeberechtigte/-r)

Praxisstempel