



**Barbara Kirsch**

FÄ für innere Medizin, hausärztl. Versorgung und Notfallmedizin

**Dr. med. Eugen Salpius**

FA für Innere Medizin, hausärztl. Versorgung und Geriatrie

Simon-Spannbrucker-Str. 1

83413 Fridolfing

Tel.: 0 86 84 / 7 70

Fax. 0 86 84 / 14 03

[kontakt@gp-fridolfing.de](mailto:kontakt@gp-fridolfing.de)

[www.gp-fridolfing.de](http://www.gp-fridolfing.de)

**Erklärung**

**über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht**

Betreff Angelegenheit \_\_\_\_\_

(Grund der Schweigepflichtsentbindung)

Ich,

\_\_\_\_\_  
(Vorname/Name, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

entbinde hiermit den Arzt / die Ärzte:

\_\_\_\_\_  
(Name/Anschrift)

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

Die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten

sowie

Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden können,

sowie

Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin

Herausgegeben werden und diese zur Verwertung in oben genannter Angelegenheit herangezogen werden dürfen.

*Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.*

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)