



Entbindung von der Schweigepflicht

gemäß § 9 Abs. 1 MBO-Ä sowie Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO

1. Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Anschrift:	_____
Versicherten-Nr. (opt.):	_____

2. Bevollmächtigte Personen

Ich entbinde die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

Person 1 – Bevollmächtigte/r	
Vorname, Nachname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Verhältnis zum Patienten:	<i>z. B. Ehepartner/in, Kind, enger Freund ...</i>
Umfang der Auskunft:	<i>vollständig / nur:</i> _____

Person 2 – Bevollmächtigte/r	
Vorname, Nachname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Verhältnis zum Patienten:	<i>z. B. Ehepartner/in, Kind, enger Freund ...</i>
Umfang der Auskunft:	<i>vollständig / nur:</i> _____

Person 3 – Bevollmächtigte/r	
Vorname, Nachname:	_____
Geburtsdatum:	_____

Verhältnis zum Patienten: z. B. Ehepartner/in, Kind, enger Freund ...

Umfang der Auskunft: vollständig / nur:

Bei Bedarf kann ein Zusatzblatt mit weiteren Personen verwendet werden (Dok.-Nr. gleichlautend, Seite 2 ff.).

3. Umfang und Zweck der Entbindung

Zeitraum der Geltung:

von:

Inhaltliche Beschränkung (optional): Sofern nichts eingetragen ist, gilt die Entbindung für alle medizinischen Informationen.

4. Datenschutzrechtliche Hinweise (DSGVO)

Verantwortliche Stelle: Praxis Welperfeld, Im Welperfeld 6, 45527 Hattingen

Rechtsgrundlage: Ihre ausdrückliche Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

Freiwilligkeit: Die Erteilung dieser Einwilligung ist freiwillig. Ohne Entbindung können wir Dritten keine Auskunft erteilen.

Widerruf: Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Der Widerruf wirkt ab Zugang, nicht rückwirkend.

Betroffenenrechte: Sie haben das Recht auf Auskunft (Art. 15), Berichtigung (Art. 16), Löschung (Art. 17) und Einschränkung (Art. 18 DSGVO). Beschwerden richten Sie an die zuständige Aufsichtsbehörde.

5. Apothekenbevollmächtigung – Abholung von Rezepten und Verordnungen

Ich bevollmächtige die nachstehend genannte Apotheke sowie deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, in meinem Namen Rezepte, ärztliche Verordnungen und sonstige ärztliche Dokumente in der Praxis abzuholen. Ich willige ferner ein, dass zu diesem Zweck die erforderlichen gesundheitsbezogenen Daten erhoben, verarbeitet und übermittelt werden dürfen.

Name der Apotheke:

Anschrift der Apotheke:

Inhaber/in (opt.):

Bevollmächtigte Mitarbeiter/innen:

Sofern keine namentliche Einschränkung erfolgt, gilt die Bevollmächtigung für alle Mitarbeiter/innen der genannten Apotheke.

Name(n) – oder leer lassen für alle Mitarbeiter/innen

Abholberechtigt für folgende Unterlagen:

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| ☐ Kassenrezepte (GKV) | ☐ | Privatrezepte |
| ☐ Betäubungsmittelrezepte (BtM) | ☐ | Hilfsmittel- /
Heilmittelverordnungen |
| ☐ Sonstige ärztliche Dokumente: | <hr/> | |

Gültigkeitszeitraum dieser Bevollmächtigung:

von: _____ **bis:**

Ohne Angabe eines Enddatums gilt die Bevollmächtigung bis auf schriftlichen Widerruf.

6. Einwilligungserklärung und Unterschrift

Ich habe die vorstehenden Informationen gelesen und verstanden. Ich erteile hiermit freiwillig meine Einwilligung gemäß den vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzl. Vertreter/in

Bei Minderjährigen: Unterschrift beider Sorgeberechtigten erforderlich (bei Alleinsorge: Nachweis beifügen).