

## Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

### Patient/in:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

### Entbindung des ASV-Teams von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelndes ASV-Team, vorliegende Behandlungsdaten und Befunde untereinander, sowie mit meinem Hausarzt und sonstigen Vor- und Weiterbehandlern austauschen darf. Hierfür entbinde ich die Ärzte meines behandelnden ASV-Teams von der ärztlichen Schweigepflicht.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Auf das Widerrufsrecht wurde ich hingewiesen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter

### Widerrufsrecht

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet im betreffenden Bereich keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung richtet sich an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.