

## Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung in die Weitergabe meiner Patientendaten

Hiermit entbinde ich

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeitenden der Medizinischen Universität  
Lausitz – Carl Thiem im Zusammenhang mit folgendem Behandlungsfall:

Behandlungsfall: \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der nachfolgend genannten Person / den  
nachfolgend genannten Personen:

Empfänger der Informationen (Angehörige / Dritte):

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass die für die Bearbeitung meines Anliegens im Beschwerdemanagement  
erforderlichen personenbezogenen Daten und medizinischen Informationen an die oben  
genannte(n) Person(en) weitergegeben werden.

Die Weitergabe erfolgt ausschließlich zum Zweck der Klärung und Bearbeitung der  
Beschwerde sowie der mit mir abgestimmten Maßnahmen.

Die empfangende(n) Person(en) sind zur vertraulichen Behandlung der erhaltenen  
Informationen verpflichtet.

**Mir ist bekannt, dass diese Schweigepflichtentbindung freiwillig ist und jederzeit  
ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Im Falle des Widerrufs  
findet keine weitere Datenübermittlung statt. Die Widerrufserklärung ist an den  
Krankenhausträger zu richten. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt,  
zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die  
Datenverarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient bzw. Betreuer