

## Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht für den behandelnden Arzt / Facharzt

Ich, \_\_\_\_\_ (Vorname, Name Patient),  
geboren am: \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum),  
wohnhaft in: \_\_\_\_\_ (Anschrift)  
\_\_\_\_\_

willige ein, dass \_\_\_\_\_  
(Konkretisierung wer von der Schweigepflicht befreit werden soll, z. B. Name des Hausarztes, Name des Facharztes)

folgende Behandlungsdaten und/oder Befunde (inkl. jeweiliges Erstellungsdatum benennen)

---

---

zum Zweck-

---

(z.B. Sicherstellung der bedarfsgerechten Behandlung, Gutachtenerstellung, RPK-Antragsverfahren)

an das

Zentrum für psychiatrische Rehabilitation, ATZ / RPK

z. Hd. Sandra Schank, Sonnenbergstraße 10, D-66119 Saarbrücken

(Angaben zu Einrichtung, die/der anfordert bzw. wo die Unterlagen hingeschickt werden)

weitergeleitet werden.

Der/die Empfänger ist/sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Informationen werden ausschließlich dazu verwendet, die notwendigen Maßnahmen, die mit mir abgestimmt worden sind, zu sichern oder zu ermöglichen.

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.

Saarbrücken, den .....

Unterschrift.....  
(Patient/-in oder Betreuer/-in)