

Vollmacht für Beschwerden und Entbindung von der Ärztlichen Schweigepflicht

Städtisches Klinikum Dresden

Vollmacht für Beschwerden und Entbindung von der Ärztlichen Schweigepflicht

Ich, Frau / Herr

_____ geboren am: _____
Vorname, Nachname

Anschrift

wurde vom _____ bis _____

werde seit dem _____

aufgrund folgender Erkrankung _____
(zutreffendes bitte ankreuzen)

im Städtischen Klinikum Dresden behandelt.

Ich bestätige hiermit, dass die im folgendem benannte Person die Vollmacht besitzt, gegenüber dem Städtischen Klinikum Dresden Beschwerden oder Anliegen in meinem Namen geltend zu machen. Dafür entbinde ich den/die mich behandelnde/n Arzt/Ärztin des Städtischen Klinikum Dresden für den oben genannten Aufenthalt von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige diese/n, bei Vorlage dieser Erklärung Auskunft über meine Behandlung gegenüber nachfolgender/n Person/en zu geben:

_____ geboren am: _____
Vorname, Nachname

Anschrift

Anmerkungen: _____

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 das Städtische Klinikum Dresden zu richten. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Datenverarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Dresden, den

Unterschrift Patient
(ggf. Gesetzliche/r Vertreter/in; Betreuer/in; Vorsorgebevollmächtigte/r)