

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht für Personen über 18 Jahre

Personendaten

Anrede	Titel (akad.)	Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort

Hiermit entbinde ich **das medizinische Personal** des Amtes für Gesundheit und Prävention der Stadt Chemnitz von der Schweigepflicht gegenüber

Institution – Amt – Abteilung

Anrede	Titel (akad.)	Name ¹	Vorname ¹	
Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt **zu folgendem Zweck:**

Zweck	Zeitraum (nur ausfüllen, falls gewünscht)
-------	---

Erklärungen

- Die erstellten Befundunterlagen dürfen von der o. g. Person oder Behörde angefordert und verarbeitet werden.
- Die erstellten Befundunterlagen dürfen verarbeitet und der o. g. Person oder Behörde mitgeteilt und/oder ausgehändigt werden.

Diese gilt für den gesamten oben genannten Vorgang. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft beim Amt für Gesundheit und Prävention der Stadt Chemnitz widerrufen kann, sofern dem Widerruf keine Rechtsgründe entgegenstehen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ohne diese Schweigepflichtentbindung die Bearbeitung meines Anliegens nicht oder nur teilweise erfolgen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Klient/in

¹ nur auszufüllen, wenn eine Einzelperson benannt wird (Arzt, bestellter Betreuer etc.)