



## Schweigepflichtsentbindungserklärung

### Angaben zur Patientin / zum Patienten

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

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

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

### Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich alle an meiner medizinischen und palliativmedizinischen Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Heilberufe, insbesondere:

- den Palliativmedizinischen Konsiliardienst (PKD) einschließlich aller dort tätigen QPA's, Pflegekräfte und medizinischen Fachangestellten sowie Koordinationskräften,
- behandelnde Praxen, Kliniken und Krankenhäuser,
- Pflegedienste und **weitere** an der Versorgung **beteiligte Leistungserbringer**,

von der ärztlichen und beruflichen Schweigepflicht.

Die Entbindung gilt auch untereinander sowie gegenüber meiner gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und ggf. meiner Beihilfestelle. Die Schweigepflichtsentbindung umfasst die Weitergabe sämtlicher für meine medizinische und palliativmedizinische Versorgung erforderlichen Gesundheitsdaten.

Die Datenverarbeitung und -weitergabe erfolgt ausschließlich zum Zweck der medizinischen, palliativmedizinischen und pflegerischen Mit-, Weiter- und Anschlussbehandlung sowie der notwendigen Koordination der Versorgung.

Ein Befund- und Informationsaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern wird ausdrücklich gestattet.

**Diese Schweigepflichtsentbindung gilt bis auf Widerruf und über meinen Tod hinaus.**

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder mündlich widerrufen kann.

Diese Einwilligung erfolgt auf Grundlage von:

- § 203 Strafgesetzbuch (StGB)
- Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO
- Art. 9 Abs. 2 lit. a und h DSGVO

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in / gesetzliche Vertretung