



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrte (r) Bewohner/In

Sie bewerben sich für die Aufnahme in eines der Häuser unserer Stiftung. Für die Prüfung Ihrer Aufnahme benötigt der Arzt unserer Stiftung einen Arztbericht. Damit die für Sie verantwortlichen Leitungs- und Betreuungspersonen – welche Ihrerseits der Schweigepflicht gem. Art. 321, Ziffer 1 StGB unterstehen- prüfen können, ob sie Ihren Bedürfnissen gerecht werden und somit eine Aufnahme befürworten können, müssen diese den Bericht einsehen können. Dies darf aber nur dann geschehen, wenn Sie damit ausdrücklich einverstanden sind.

Aus diesem Grunde bitten wir Sie, ihre Aerztin oder Arzt von der Schweigepflicht zu entbinden, indem Sie diese Formulare (Ziffer 1) unterzeichnen. Ein Formular ist für Ihre Ärztin, Ihren Arzt bestimmt, das zweite Formular senden Sie uns mit Ihrer Anmeldung zu.

Was passiert dann weiter?

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt immer nur für denjenigen Personenkreis, welcher unmittelbar mit Ihnen in Kontakt steht. Da wir alles daran setzen möchten, Sie in unserem Heim/WG individuell und Ihren Bedürfnissen gerecht zu betreuen, wollen wir möglichst eng mit Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt zusammenarbeiten, welcher uns die für die Betreuung wichtigen Informationen zur Verfügung stellen darf.

Wechseln Sie die Institution, so bekunden Sie mit Ihrer Unterschrift, dass die Entbindung gegenüber dem bisherigen Betreuungsteam nichtig ist und die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht für das neue Team gilt.

So ist sichergestellt, dass immer nur ein möglichst kleiner Personenkreis Einsicht in Ihre Akten erhält.

Betrifft Fr. / Hr. _____

Hiermit entbinde ich die Heimärztinnen und -Aerzte, welche für meine Behandlung zuständig sind, gegenüber dem Behandlungsteam von der ärztlichen Schweigepflicht. Dies betrifft auch alle ärztlichen und psychiatrischen Berichte, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht			
Fr./Hr. ist von der Schweigepflicht entbunden	Gegenüber dem Team der Einrichtung	Datum	Unterschrift
1.			

Wiederruf der Entbindung:

Datum: _____ Unterschrift: _____

