



## Schweigepflichtsentbindung

Ich, \_\_\_\_\_  
[Name, Anschrift, Geburtsdatum]

entbinde die Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie des Klinikums der Universität München von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass mein(e) Befund(e) folgender Person oder Einrichtung:

\_\_\_\_\_

[Name der Person/Klinik/Einrichtung, Anschrift, (Geburtsdatum)]

mitgeteilt werden.

Diese Person ist mein/e (bitte Zutreffendes ankreuzen/unterstreichen):

- behandelnde(r) Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin, Klinik)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich (Email, Fax oder Post) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

X \_\_\_\_\_  
[Ort, Datum]

X \_\_\_\_\_  
[Unterschrift des Patienten/ der Patientin / der sorgeberechtigten Person]

### Anmerkung:

Für jede von der Schweigepflicht entbundene Person muss ein separates Formular ausgefüllt werden.  
Es sei denn, Sie entbinden uns für eine Institution (z.B. Klinik, Wohnheim) von der Schweigepflicht.

