

Ich, [Name des Patienten], erteile hiermit die ausdrückliche Genehmigung an [Name des Arztes oder der Institution], alle Informationen bezüglich meiner medizinischen Behandlung und meinem Gesundheitszustand an [Name der Person(en) oder Institution(en)], die in diesem Dokument aufgeführt sind, weiterzugeben.

Ich verstehe, dass diese Informationen vertraulich sind und unter das Berufsgeheimnis fallen. Ich bin mir bewusst, dass ich das Recht habe, meine Zustimmung zur Weitergabe dieser Informationen jederzeit zu widerrufen. Ich verstehe auch, dass die Weitergabe dieser Informationen an Dritte möglicherweise meine Versicherungsansprüche oder die Möglichkeit einer zukünftigen Beschäftigung beeinflussen kann. Ich erkläre hiermit, dass ich die Konsequenzen der Freigabe dieser Informationen vollständig verstehe und dass ich diese Freigabe freiwillig erteile.

Datum: [Datum der Unterzeichnung] Name des Patienten: [Vor- und Nachname des Patienten]

Unterschrift des Patienten: [Unterschrift des Patienten]

Name des Arztes oder der Institution: [Name des Arztes oder der Institution]

Unterschrift des Arztes oder der Institution: [Unterschrift des Arztes oder der Institution]

Name der Person(en) oder Institution(en), an die die Informationen weitergegeben werden:

[Name(n) der Person(en) oder Institution(en)]

Zweck der Freigabe: [Grund für die Freigabe der Informationen]