

Sehr geehrte/r [Name des Arztes/der Ärztin],
ich bin [Vorname Nachname], [Geburtsdatum] und ich bin derzeit in Behandlung bei Ihnen in der
Praxis/Klinik [Name der Praxis/Klinik]. Ich möchte Sie um eine Schweigepflichtsentbindung bitten,
damit Sie medizinische Informationen über mich an eine bestimmte Person oder Institution
weitergeben können.

Die von mir beauftragte Person/Institution ist: Name: [Name] Adresse: [Adresse] Beziehung zu mir:
[z.B. Ehepartner, Elternteil, Kind]

Die Freigabe von Informationen beschränkt sich auf:

[Informationen angeben, die freigegeben werden sollen, z.B. Diagnosen, Befunde, Medikation,
Therapieplan]

Ich verstehe, dass ich das Recht habe, diese Freigabe jederzeit schriftlich zu widerrufen. Ich
verstehe auch, dass meine Informationen nach Freigabe an Dritte möglicherweise nicht mehr durch
die ärztliche Schweigepflicht geschützt sind. Ich danke Ihnen im Voraus für Ihre Unterstützung und
Ihre Bemühungen. Wenn Sie weitere Informationen benötigen, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüßen, [Unterschrift] [Vorname Nachname]