

Schweigerechtentbindungserklärung und Übertragung von Patientenrechten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Mir ist bekannt, dass während meiner Behandlung / meines Krankenhausaufenthaltes Aufzeichnungen gefertigt und zu einer Krankenakte zusammengeführt worden sind.
2. Mir ist bekannt, dass diese Aufzeichnungen durch die besondere Geheimhaltungspflicht geschützt werden, sodass dem Behandler / der Behandlerin eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr droht, wenn er das Patientengeheimnis verletzt.
3. Mir ist bekannt, dass ich einen Anspruch auf Einsicht in meine Patientenakte habe.
4. Mir ist bekannt, dass mit einer Übertragung meines Einsichtsrechts in meine Krankenunterlagen Dritten die zu meinem Privatgeheimnis gehörenden Informationen bekannt.

In Kenntnis der vorbenannten Ziffern 1 bis 4 übertrage ich hiermit mein Recht auf Einsicht in meine Krankenunterlagen sowie Behandlungs- und Befundberichte von vor- und weiterbehandelnden Ärzten und Krankenhäusern, Akten von Behörden, Gesundheitsämtern und Krankenversicherungsunterlagen sowie mein Recht, Kopien dieser zu erhalten, auf die Kanzlei

**BQ-Rechtsanwälte
Holtenauer Straße 3
24103 Kiel**

Ich entbinde den / die nachfolgend genannten Arzt / Ärzte, Zahnarzt / Zahnärzte und / oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhausanstalten und Behörden:

von seiner / ihrer gesetzlichen / ärztlichen / vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der Kanzlei

**BQ-Rechtsanwälte
Holtenauer Straße 3
24103 Kiel**

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Patientin