

## Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
gesetzlicher Vertreter/Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

Straße \_\_\_\_\_ Wohnort, PLZ \_\_\_\_\_

die **behandelnden Ärzte / Physiotherapeuten / Ergotherapeuten** im  
**Krankenhaus Land Hadeln Otterndorf GmbH - Große Ortstraße 85 - 21762 Otterndorf** von Ihrer  
Schweigepflicht.

## Zweck/Einwilligung zur Datenverarbeitung

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zweck der interdisziplinären Kommunikation.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte/Physiotherapeuten/  
Ergotherapeuten, die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten und Befunde bei  
meinem derzeit behandelnden Arzt/Krankenhaus sowie bei anderen Leistungserbringern, bei denen  
ich in Behandlung bin, übermittelt und ausgetauscht werden.

Mein behandelnder Arzt / Physiotherapeut / Ergotherapeut darf diese Informationen nur zu  
Dokumentationszwecken und zur weiteren Behandlung verwenden.

## Widerruf

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf weiteres. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle.  
Eine Verweigerung kann zur Einschränkung meiner Behandlung/Therapie zur Folge haben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit  
Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Diese Widerrufserklärung ist schriftlich zu richten an:

**Krankenhaus Land Hadeln Otterndorf GmbH**  
**Große Ortstraße 85**  
**21762 Otterndorf**

**X**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der/die Erziehungsberechtigte)