

---

**Schriftliche Einwilligung Schweigepflichtentbindung Patient**

Hiermit entbinde ich

Name:

Vorname:

Adresse:

Geb. am:

ggf. gesetzlicher Vertreter (Name, Vorname, Adresse, legitimiert durch)

---

alle Ärzte sowie das Personal der Gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis Minden von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/Angehörigen/Institutionen:

(Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum)

(Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum)

Diese bevollmächtige ich zur Abholung folgender Dokumente:

**Alles**, was in der Praxis für mich anfällt

Rezepte

Überweisungen

Befunde jeglicher Art

Heil- und Hilfsmittel

Die Personen/Institution dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand, Diagnosen und Diagnostik erhalten. Diesen Personen erlaube ich hiermit auch, dass sie auf Wunsch Einsicht in meine Krankenakte erhalten.

Mir ist bewusst, dass diese Entbindung von der Schweigepflicht freiwillig ist und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

---

**Schriftliche Einwilligung in die Speicherung personenbezogener Daten  
Angehörige/Institutionen**

Ich (Vor- u. Nachname)\_\_\_\_\_ bin damit einverstanden, dass alle Ärzte sowie das Personal der Gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis Minden meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Abholung der angekreuzten Dokumente der oben genannten Person bis auf Widerruf verarbeiten, speichern und im System hinterlegen.

Mir ist bewusst, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufbar ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---