

Hoffnungstaler Stiftung Lobetal, MZEB Bernau  
Neuer Schulweg 12, 16321 Bernau bei Berlin

## Einwilligungserklärung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

### Patient\*in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle Behandler des MZEB Bernau von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber  
folgenden Personen:

Neurologe: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Weiterer Facharzt: \_\_\_\_\_

Weiterhin entbinde ich Begleitpersonen oder Betreuungspersonen aus der jeweiligen Einrichtung von der  
ärztlichen Schweigepflicht, die im Rahmen der Behandlung Informationen zur aktuellen Situation erteilen können.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass zwischen den Behandlern des MZEB Bernau und diesen  
Begleitpersonen Austausch zu medizinisch relevanten Behandlungsinformationen erfolgen kann, die für die  
Betreuung in der jeweiligen Einrichtung erforderlich sind.

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich und elektronisch ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Bernau, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient\*in / ggf. gesetzliche Vertretung