

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