

## Schweigepflichtentbindung und Schweigepflichtserklärung



Hiermit entbinde ich/entbinden wir

---

**Vor- und Nachname der/des Patientin/Patienten**

---

**Geburtsdatum**

das im Rahmen meiner Behandlung zur beruflichen Verschwiegenheit verpflichtete medizinische Fachpersonal gegenüber den unten ausdrücklich angegebenen Personen von der Schweigepflicht. Auch bezüglich meines/unseres Kindes:

---

**Vor- und Nachname des Kindes** (falls erforderlich)

---

**Geburtsdatum**

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die unten angegebenen Personen Kontakt mit medizinischem Fachpersonal, welches in meiner Behandlung involviert ist, aufnimmt und insbesondere Unterlagen, Daten und Dateien über mich (ggf. meines Kindes) austauschen. Die unten aufgelisteten Personen sind sich der beruflichen Schweigepflicht und des Datenschutzes bewusst. Der Datenaustausch und die anschließende Datenverarbeitung erfolgen ausschließlich zur Aufgabenerfüllung der AG Health Buddies (Fachschaft Medizinische Fakultät, Universität zu Köln) bzw. zur Unterstützung (z.B. Organisation von Terminen, Begleitung).

---

**Vor- und Nachname 1.Person**

---

**Geburtsdatum**

---

**Unterschrift**

---

**Vor- und Nachname 2.Person**

---

**Geburtsdatum**

---

**Unterschrift**

---

**Vor- und Nachname 3.Person**

---

**Geburtsdatum**

---

**Unterschrift**

---

**Vor- und Nachname 4.Person**

---

**Geburtsdatum**

---

**Unterschrift**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

(bei Minderjährigen Unterschrift des/der Sorgeberechtigten)