

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer medizinischen Versorgung am Adipositas-Zentrum Hamm ist ein Austausch von Informationen über Ihren Gesundheitszustand zwischen den Mitarbeitenden der Johanniter-Kliniken Hamm am Standort Werler Straße (Ärzte, medizinische Fachkräfte, psychologisches Fachpersonal, Ernährungsfachkräfte) und Ärzten, medizinischen Fachkräften, psychologischem Fachpersonal sowie Ernährungsfachkräften außerhalb der Johanniter-Kliniken Hamm erforderlich. Dazu bedarf es der Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht.

Patient/in (Name, Vorname):	
Geburtsdatum:	

Hiermit entbinde ich

Name der/des Mitarbeitenden der Johanniter-Kliniken Hamm am Standort Werler Straße

sowie

Name und Anschrift des Arztes/des Krankenhauses/des psychologischen Fachpersonals/der Ernährungsfachkräfte

von der (ärztlichen) Schweigepflicht und ermächtige sie des Austausches bezüglich meiner Behandlung.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt gegenseitig und ich erkläre mich ebenfalls damit einverstanden, dass behandlungsrelevante Unterlagen an das Adipositas-Zentrum Hamm übermittelt werden dürfen.

- ☐ Die Entbindung gilt für die Dauer meiner Behandlung in den Johanniter-Kliniken Hamm am Standort Werler Straße
- ☐ Die Entbindung gilt von _____ bis _____

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

Hamm, den _____
Ort, Datum

Name und Unterschrift