



**Untersuchung im Gesundheitsamt Aschaffenburg
am _____ - Az. _____**

von
durch

Einverständniserklärung / Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,
Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

folgende/n/s Arzt/Ärztin / Praxis / Psychotherapeuten/in / Psychologen/in /
Sozialpädagogen/in / Gesundheitsamt

Name: _____

Anschrift: _____

die/der/das mich untersucht, behandelt oder beraten hat/haben, von seiner/ihrer Schweigepflicht und gestatte dieser/n Person/en / Einrichtung, seine/ihre erworbenen Kenntnisse über Art und Verlauf meiner Krankheiten, abgeschlossenen oder noch andauernden Behandlungen sowie alle ihm/ihr/ihnen verfügbaren Untersuchungsbefunde dem/der o.g. begutachtenden Arzt/Ärztin im Gesundheitsamt Aschaffenburg mitzuteilen.

Zum gleichen Zweck entbinde ich die/den zuständigen Mitarbeiter/in des Gesundheitsamtes Aschaffenburg von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber dem oben genannten Adressaten. Ferner willige ich ein, dass im Gesundheitsamt Aschaffenburg bereits vorliegende Erkenntnisse aus früheren Untersuchungen/Begutachtungen ebenfalls für den aktuellen Begutachtungsfall hinzugezogen werden dürfen.

Diese Entbindung von der Schweigepflicht gilt nur für den o.a. aktuellen Begutachtungsfall. Mir ist bekannt, dass die Abgabe der Erklärung freiwillig ist und ich die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Aschaffenburg, den _____

Datum

Unterschrift

Hinweis:

Die Grundinformationen zu den Informationspflichten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie detaillierte Informationen über die Verarbeitungstätigkeiten der Organisationseinheiten des Landratsamtes Aschaffenburg finden Sie unter www.formulare-landkreis-ab.de.

