

## Schweigepflichtentbindungs- und Datenherausgabeerklärung

Patientenerklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht  
und Einverständnis zur Weitergabe der Patientendaten  
für eine Patientendokumentation im Lymphnetz

### Patientendaten

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

weiblich     männlich     divers

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil \_\_\_\_\_

GKV     PKV \_\_\_\_\_

Ich habe eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung am Lymphnetzwerk  
abgegeben, auf die sich diese Erklärung bezieht.

Lymphnetzwerk \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich meinen

Arzt \_\_\_\_\_

Therapeuten \_\_\_\_\_

Sanitätsfachhändler \_\_\_\_\_

Pflegedienst \_\_\_\_\_

von ihrer Schweigepflicht gegenüber allen weiteren Ärzten, Therapeuten und weiteren Leistungserbringern, die innerhalb des Lymphnetzes an meinem Behandlungsverlauf und dem Versorgungsprozess beteiligt sind.

Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung zur Weitergabe meiner erforderlichen, personenbezogenen Daten an die Ärzte, Therapeuten und sonstige Leistungserbringer, die am Lymphnetz beteiligt sind, zum Zwecke der Weiterbehandlung und Therapiebegleitung. Dies gilt auch hinsichtlich der Fotodokumentation.

Ich bin über Sinn und Zweck des Lymphnetzes und den Sinn und Zweck der Weitergabe der oben genannten Daten, sowie über den Inhalt und das Ausmaß der Fotodokumentation aufgeklärt worden.

Ich habe diese Erklärung freiwillig erteilt und kann sie - ebenso wie die parallel abgegebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung - jederzeit ohne Angaben von Gründen dem Netzwerk gegenüber in Textform widerrufen. Mit einem solchen Widerruf endet sogleich meine Teilnahme am Netzwerk.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten