

**Einwilligungserklärung zur  
Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung**



Ich

-----  
Vorname

Name

Geburtsdatum

-----  
Anschrift

nur bei gesetzl. Vertretung/Betreuung/Bevollmächtigung auszufüllen:

-----  
Vorname Patient

Name Patient

Geburtsdatum Patient

-----  
Anschrift Patient

erkläre mich damit einverstanden, dass die Landesärztekammer Thüringen zur Bearbeitung des folgenden Beschwerdesachverhaltes

-----  
-----  
(kurze Schilderung der Behandlung/des Kontaktes/Sonstiges)

**bei der Ärztin/dem Arzt/den Ärzten**

-----  
-----  
Unterlagen anfordert, die mit dem o. g. Vorgang im Zusammenhang stehen und diese im Rahmen des berufsrechtlichen Verfahrens verarbeitet, soweit dies zur Klärung des Sachverhaltes erforderlich ist.

Ich entbinde zugleich die Ärztin/den Arzt von der Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber der Landesärztekammer Thüringen und gegenüber den mit der Bearbeitung der Beschwerde beauftragten Personen/Gremien.

Ich habe die Möglichkeit, diese Erklärung einzuschränken, sowie im Falle mehrerer Behandler lediglich einzelne Schweigepflichtentbindungen zu erteilen. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann zum Abbruch des Verfahrens führen.

-----  
Datum

-----  
Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter/Bevollmächtigter