

Einverständnis- und Entbindungserklärung für den Austausch meiner Patientenakten / medizinischer Auskünfte

Bitte kreuzen Sie an, für was Sie einwilligen möchten. Sie können auch Streichungen und/oder Ergänzungen vornehmen.

Ich (Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)
..... bin damit einverstanden, dass

☐ **1.** die **Mitarbeitenden der Kantonsspital Baden AG** alle für meine medizinische Versorgung und ganzheitliche Betreuung notwendigen Auskünfte und Akten **einholen** und entbinde

☐ sämtliche Personen/Institutionen, die über obengenannte Informationen verfügen, *und/oder*

☐ folgende Personen und/oder Institutionen:
.....

diesbezüglich von der Schweigepflicht.

☐ **2.** die **Mitarbeitenden der Kantonsspital Baden AG** alle angefragten Informationen und Behandlungsunterlagen an folgende Personen **herausgeben**:

☐ zuweisenden Arzt/zuweisende Ärztin, Hausarzt/Hausärztin und gegebenenfalls weitere in die Behandlung einbezogene Ärzte und medizinisches Personal (Pflege, medizinisch-technische Fachpersonen, u.a.) sowie deren Hilfspersonen *und/oder*

☐ meinen nächsten Angehörigen (dazu gehören mein/e (Ehe-)Partner/in, meine Kinder, meine Eltern und meine Geschwister) *und/oder*

☐ folgenden Personen und/oder Institutionen:
.....

und entbinde sie diesbezüglich von der Schweigepflicht.

☐ **3.** die **Mitarbeitenden der Kantonsspital Baden AG** mein Patientendossier **nach meinem** Tod an folgende Personen/Institutionen **herausgeben**:

☐ meinen nächsten Angehörigen (dazu gehören mein/e (Ehe-)Partner/in, meine Kinder, meine Eltern und meine Geschwister)

☐ folgenden Personen und/oder Institutionen:
.....

und entbinde sie diesbezüglich von der Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt unbefristet oder bis zu deren Widerruf. Sie gilt über den Tod hinaus.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift