

**E r k l ä r u n g**  
**über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde hiermit alle Ärzt:innen sowie nichtärztlichen Mitarbeiter:innen des Universitätsklinikums Bonn, Anstalt des öffentlichen Rechts, Venusberg-Campus 1, 53127 Bonn (vormals Medizinische Einrichtungen der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn), die mich aus Anlass .....

.....  
behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus, und zwar gegenüber

a) *(bitte noch Namen Angehörige, Geburtsdatum Angehörige und Adresse Angehörige eintragen)*

b) *(bitte noch Namen Angehörige, Geburtsdatum Angehörige und Adresse Angehörige eintragen)*

c) *(Krankenkasse und Adresse der Krankenkasse eintragen)*

d) den für Lob- und Beschwerdemanagement zuständigen Mitarbeiter:innen der Verwaltung des Universitätsklinikum Bonn.

Name Patient:in: .....

Vorname Patient:in: .....

Geb.-Datum Patient:in: .....

Anschrift Patient:in: .....

.....  
(Datum, Unterschrift Patient:in)

**Bitte schicken Sie das komplett ausgefüllte und unterschriebene Formular an:**  
**Lobundbeschwerde@ukbonn.de**