

**Medizinisches  
Behandlungszentrum für  
Erwachsene mit Behinderung**

**Chefärztin**

Dr. med. Sabine Lindqulst, PhD  
Fachärztin für Neurologie. Sozialmedizin  
Sekretariat

Telefon: +49 391 8505-520  
Telefax: +49 391 8505-530  
E-Mail: mzeb@pfeiffersche-stiftungen.de

**MVZ des Klinikums Cracau  
der Universitätsmedizin  
Magdeburg**

**Geschäftsführer**

Thomas Pfeiffer

MVZ Cracau der Universitätsmedizin  
Magdeburg gGmbH  
Pfeifferstraße 10  
39114 Magdeburg

Telefon: +49 391 8505-0  
Telefax: +49 391 8505-9980

E-Mail: blkh@pfeiffersche-stiftungen.de  
[mvz-cracau.de](mailto:mvz-cracau.de)

HR-Nr./Amtsgericht:  
Amtsgericht Stendal HRB 5779

Steuernummer:  
102/105/90469

Finanzamt:  
FA Magdeburg

Betriebsnummer:  
14489167

Ust-IdNr.:  
DE295244176

Gesellschafter:  
Klinikum Cracau bei Pfeiffers  
der Universitätsmedizin

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich

Patientenname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

alle Mitarbeiter des Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen, Ämtern, Institutionen, Ärzten und Kliniken, sofern dies zur Erfüllung vertraglicher Aufgaben erforderlich ist. Gleichzeitig entbinde ich die oben benannten Personen, Ämter, Institutionen, Ärzte und Kliniken von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern des MZEB.

**Bitte zutreffend ankreuzen und ausfüllen:**

☐ *Ärzte und Krankenhäuser:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ *Die Mitarbeiter der WfbM:*

\_\_\_\_\_

☐ *Die Mitarbeiter des Wohnheimes:*

\_\_\_\_\_

☐ *Therapeuten:*

\_\_\_\_\_

☐ *Sanitätshaus:*

\_\_\_\_\_

**Widerruf:** Diese freiwillige Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/  
ggf. Unterschrift gesetzl.  
Betreuer