

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Wohnort u. Straße:

ggf. gesetzl. vertr. durch:

In der Sache

erkläre ich mich mit der Heranziehung und Einsichtnahme in die über meine gesundheitlichen Verhältnisse geführten Unterlagen (z.B. Krankengeschichten, Krankenberichte, Untersuchungsergebnisse, Röntgenbilder) einverstanden.

Ich genehmige die Verwertung der Krankenpapiere und der Akten anderer Behörden und Sozialversicherungsträger sowie die Beiziehung von Streitakten anderer Gerichte. Ich entbinde die Ärzte/Zahnärzte, bei denen ich in Behandlung war, bin und sein werde sowie deren Hilfspersonen von der ihnen obliegenden Schweigepflicht. Dies gilt sowohl für die außergerichtliche Schadensregulierung als auch für ein sich etwa anschließendes zivilgerichtliches Verfahren.

.....
[Ort ; Datum]

.....
[Unterschrift ; ggf. des gesetzl. Vertreters]