

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Herr/Frau _____

geboren am _____

wohnhaft in _____

entbinde hiermit freiwillig den Arzt/die Ärzte oder Angehörige anderer Heilberufe

Name: _____

Anschrift: _____

von seiner/ihrer ärztlichen und gesetzlichen Schweigepflicht und zwar auch über den Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten

sowie

Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden könnten,

sowie

Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin

herausgegeben werden und diese zur Verwendung in meiner Haftpflichtangelegenheit bzw. Arzthaftungsangelegenheit herangezogen werden.

Ich entbinde zugleich alle behandelnden und untersuchenden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger aller Art und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Dasselbe Einverständnis gilt für alle mit der Bearbeitung dieser Haftpflichtangelegenheit befassten Stellen und Personen, insbesondere für die in Anspruch genommenen Ärzte/Krankenhäuser und deren Versicherer.

Ort, Datum

Unterschrift des Ausstellers