



Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name _____ Geburtsdatum _____

Strasse, Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund,

an folgende Person herausgegeben und in meiner Angelegenheit verwertet werden dürfen:

Name _____ Geburtsdatum _____

Strasse, Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift
