

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Herr / Frau

wohnhaft in

entbinde hiermit den Arzt:

Name:

Anschrift:

von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

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 Verwertung 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