

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich Herr/Frau

| | |
|----------|-----------|
| Vorname: | Nachname: |
| | |

wohnhaft:

| | |
|---------------------|--|
| Straße, Hausnummer: | |
| | |
| PLZ Ort: | |
| | |
| geboren am: | |
| | |

entbinde hiermit meinen Arzt/Zahnarzt
Herrn/Frau

| | |
|----------|-----------|
| Vorname: | Nachname: |
| | |

Praxisadresse oder Krankenhaus:

| | |
|---------------------|--|
| Straße, Hausnummer: | |
| | |
| PLZ Ort: | |
| | |

von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenakten, Krankenblätter, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenberichte und Röntgenaufnahmen, Gutachten, sonstige Aufzeichnungen,
sowie

Behandlungs- und Befundbericht, von anderen Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war, Akten von Behörden, Gesundheitsämtern und Krankenversicherungsunterlagen, soweit sie ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten und soweit sie sich im Besitz des Obengenannten befinden an

Rechtsanwalt
Dr. jur Lars Erdmann
Goethering 3
49074 Osnabrück

herausgegeben und zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden können.

Ort, Datum

Unterschrift