

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich Herr/Frau

Vorname:	Nachname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

wohnhaft:

Straße, Hausnummer:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ Ort:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
geboren am:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

entbinde hiermit meinen Arzt/Zahnarzt
Herrn/Frau

Vorname:	Nachname:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Praxisadresse oder Krankenhaus:

Straße, Hausnummer:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ Ort:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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