

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Frau / Herr \_\_\_\_\_

whft. in \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

entbinde hiermit aus Anlass des

\_\_\_\_\_  
(Unfall / Vorfall / Ereignis vom)

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenhäusern und Gesundheitsämtern, Gutachter, Versicherungsträger, Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Behörden von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die mich betreffenden Krankenpapiere, z. B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten,
- Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden könnten,
- Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten oder Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin,

und Abschriften hiervon an die vorbezeichneten Stellen herausgegeben werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte – einschließlich Vorerkrankungen – erteilt werden, die mit dem obigen Anlass im Zusammenhang stehen.

Buchholz i. d. Nordheide, den \_\_\_\_\_