

Schweigepflichtentbindungserklärung und Einsichts-/ Empfangannahmegenehmigung

Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Betrifft: ambulante / stationäre Behandlung vom _____ bis _____

wegen: _____

Hiermit entbinde ich betreffend das vorgenannte Behandlungsgeschehen nebst allen damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen all mich – ggf. auch künftig – behandelnden Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden und sonstige der Schweigepflicht unterliegende Beteiligte gegenüber

Herrn Rechtsanwalt _____

von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

Der oben genannte Rechtsanwalt ist befugt alle mir zustehenden Einsichtsrechte wahrzunehmen, insbesondere Einsicht in meine kompletten Behandlungsunterlagen zu nehmen, Originale zum Zweck der Kopieherstellung bzw. erstellte Kopien in Empfang zu nehmen.

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

_____, den _____

Unterschrift (Patient/in)