

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Herr/Frau _____

wohnhaft in _____

geboren am _____

entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, Gutachter die mich in den letzten zehn Jahren untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht und zwar auch über meinen Tod hinaus.

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 oder Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin

an den Rechtsanwalt

DR. Oliver Tieste, Heinrich-Böll-Straße 3, 28215 Bremen

herausgegeben werden und diese zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden. Die Ermächtigung endet nach 10 Jahren. Die Entbindung von der Schweigepflicht bezieht sich auch auf Kranken-, Unfall-, und Lebensversicherer.

Ort und Datum _____ Unterschrift (Aussteller) _____

vertraulich