

## ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

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

wohnhaft: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

entbinde hiermit alle mich behandelnden

- Ärzte,
- Zahnärzte,
- Psychotherapeuten,
- Angehörigen anderer Heilberufe,
- Krankenanstalten,
- Gesundheitsämter,
- Krankenversicherungen,
- Rentenversicherungsträger,
- Pflegekassen,
- Berufsgenossenschaften,
- private Krankenversicherungsunternehmen,
- sowie Gutachter

von ihrer Schweigepflicht gegenüber Herrn Rechtsanwalt Dr. Oliver Tieste, Heinrich-Böll-Straße 3, 28215 Bremen, soweit die Übermittlung von Informationen erforderlich ist zur Wahrnehmung meiner rechtlichen Interessen durch Herrn Dr. Oliver Tieste.

Die Entbindung umfasst sämtliche zur Verfügung stehenden Behandlungsdaten, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Gutachten und Informationen aus den letzten zehn Jahren. Sie gilt auch gegenüber Mitarbeitern der vorgenannten Stellen.

Diese Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Dr. Oliver Tieste  
Heinrich-Böll-Straße 3  
28215 Bremen

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: (MandantIn) \_\_\_\_\_