

E r k l ä r u n g
zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde(n) ich/wir,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle Ärzte und Mitarbeiter, die mich bzw. mein/unser Kind,
in der Zeit vom bis behandelt haben bzw. noch
behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Entbindung gilt gegenüber

- allen Verfahrensbeteiligten und deren Bevollmächtigten
- meiner Krankenkasse bzw. Krankenversicherung
- dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)
- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den Gutachtern bzw. Sachverständigen und
- allen Personen die mit der Aufklärung meines Falles und/oder der Regulierung von Ersatzansprüchen aus diesem Fall beauftragt und/oder befasst sind.

Dasselbe gilt für das nichtärztliche Personal, dass an der Behandlung beteiligt war.

Auf Anforderung hin ist der/dem von mir/uns eingeschalteten Rechtsanwältin/Rechtsanwalt Einsicht in sämtliche Krankenunterlagen einschließlich der Röntgenbilder und sonstiger bildgebender Befunde zu gewähren; dies auch auf dessen Anforderung hin in Form der Zusendung von Fotokopien, wobei ich/wir für die damit verbundenen Kosten in angemessener bzw. üblicher Höhe selbstverständlich aufkommen werde/n.

Ort, Datum

Unterschrift