

Ärztliche Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich:

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige von anderen Heilberufen, Gutachter, sowie Angehörige von Krankenhäusern, Krankenkassen, Versicherungsträger aller Art und Behörden die mich aus Anlass _____ oder innerhalb von 10 Jahren vor diesem Zeitraum untersucht, behandelt oder beraten haben von der Schweigepflicht.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass alle

ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Beurteilungen, Diagnosen, Bildmaterialien, Aufzeichnungen und Gutachten
Akten von Behörden sowie von privaten und öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen beinhalten könnten
Arzt- und Krankenhausberichte einschließlich Befund über meine Behandlung aus oben angeführten Anlass bzw. noch fortdauernder Behandlung und Befund beinhalten

An

Rechtsanwaltskanzlei: Markus Faißt, Friedhofweg 12, 97618 Unsleben

herausgegeben und in meiner Rechtsangelegenheit verwertet werden dürfen.

Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Mir ist bekannt, dass ich die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift