

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich alle meine Ärztinnen und Ärzte sowie sonstigen Beteiligten, die der Schweigepflicht unterliegen, z. B. Praxis- und Krankenhausmitarbeiter, Physiotherapeuten etc., wegen des unten genannten Behandlungsgeschehens sowie dessen Folgen nebst allen Maßnahmen, die damit im Zusammenhang stehen (auch für zukünftige und vergangene Behandlungen) von der ärztlichen Schweigepflicht:

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Behandlungsgrund:

(z. B. Erkrankung/Unfall/Entbindung/Fraktur)

Behandlungsart:

(PO/Medikation/Geburtsüberwachung o.a.)

Behandlungseinrichtung:

(Klinik/Arztpraxis o.a.)

Zeitraum (ungefähre Angabe):

Insbesondere folgende Ärzte werden

von der Schweigepflicht entbunden

Die Schweigepflicht gilt gegenüber

Rechtsanwälte Kai Michael Dietrich, Max Marc Malpricht, Ralf Lohmeier,
Gabelsbergerstr. 7, 30163 Hannover

Die Einsichtsberechtigten sind befugt, alle Einsichtsrechte wahrzunehmen, die mir zustehen, insbesondere Einsicht in meine kompletten Behandlungsunterlagen zu nehmen, Originale zum Zweck der Kopieerstellung bzw. angefertigte Kopien in Empfang zu nehmen. Ferner das obengenannte Behandlungsgeschehen und alle damit in Zusammenhang stehenden Folgen, Maßnahmen und Befunde mit den o.g. Behandlern zu besprechen.

....., den

.....
(Unterschrift)