



Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

wegen/gegen: _____

Aktenzeichen: _____

Ich entbinde in oben genannter Angelegenheit

(Name, Vorname, Anschrift)

(Name, Vorname, Anschrift)

(Name, Vorname, Anschrift)

gegenüber folgenden Personen von der gesetzlichen bzw. vertraglichen Schweigepflicht der Heilberufe:

Herrn Rechtsanwalt Marvin Schroth

Herrn Rechtsanwalt Klaus Schroth

meinen Familienangehörigen

mit Ausnahme von: _____

nur folgende Person(en): _____

beteiligten Gerichten, Staatsanwaltschaften und sonstigen Behörden

beteiligten Gutachtern bzw. Sachverständigen

beteiligten Versicherungsgesellschaften

(Name, Vorname, Anschrift)

(Name, Vorname, Anschrift)

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass alle

- mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten,

sowie

- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten können,

sowie

- Behandlungs- und Befundberichte von Arzt- oder Krankenhausberichten über meine abgeschlossenen oder noch andauernden Behandlungen

an die oben genannte Person herausgegeben und in meiner Rechtsangelegenheit verwendet werden dürfen.

Die Schweigepflichtentbindungserklärung bezieht sich auch auf die Angehörigen von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)