

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name : \_\_\_\_\_

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

Anschrift : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die Ärzte und Mitarbeiter des/der \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von ihrer Schweigepflicht anlässlich meiner dort erfolgten laufenden und zukünftigen Behandlung. Die Erklärung gilt auch für folgende vor- und nachbehandelnde Ärzte, deren Auskunft für die Beurteilung des Vorgangs von Bedeutung sein könnte:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Entbindung gilt gegenüber meinen nachbenannten Rechtsanwälten, sowie den ggfs. nachstehend aufgeführten Versicherungsgesellschaften und Gerichten:

1. Rechtsanwälte Greine, Reddemann und Partner, Partnerschaftsgesellschaft mbB, Herzlia-Allee 105, 45770 Marl
2. Versicherer : \_\_\_\_\_
3. Gericht : \_\_\_\_\_

### **Hinweis zum Datenschutz:**

Auf der Grundlage dieser Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht werden die ärztlichen Unterlagen über Ihre Behandlung in dem oben genannten Zeitraum herausgegeben und den mit der Bearbeitung dieser Angelegenheit betrauten Personen zur Erfüllung ihrer vertraglichen oder gesetzlichen Aufgaben übermittelt. Dabei werden Ihre personenbezogenen Daten gespeichert. Dies ist notwendige Voraussetzung für eine sachgerechte Bearbeitung dieser Angelegenheit.

Sie können einer Weitergabe von Teilen der Krankenakte selbstverständlich widersprechen oder die Weitergabe einschränken. In diesem Fall ist allerdings die Prüfung ihres rechtlichen Anliegens möglicherweise erschwert und kann ggf. nicht vollständig durchgeführt werden.

**Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Daten nach den gültigen datenschutzrechtlichen Vorschriften speichern und verarbeitet werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift