

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,, geb.

am....., wohnhaft.....

(Name, Anschrift, Geburtsdatum)

alle Ärzte, die

mich in Zusammenhang mit vom

.....

(Ereignis/ Krankheitsbild) (Datum)

behandelt haben oder behandeln werden, gegenüber meinem
Rechtsanwalt, Frank Peter Rüggeberg, Winkhauser Str. 11, 58509
Lüdenscheid von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindung erstreckt sich zugleich auf alle mich in diesem
Zusammenhang behandelnden und untersuchenden und befassten Ärzte,
Krankenhäuser, Gutachter, Therapeuten, Versicherungsträger und Behörden.

Sollte sich im Laufe des Verfahrens darüber hinaus die Notwendigkeit ergeben,
weitere Krankenunterlagen (z. B. von Ärzten, die versehentlich nicht aufgelistet
worden sind, Konsiliarberichte, Laborergebnisse etc.) anzufordern, erkläre ich mich
damit einverstanden und entbinde die entsprechenden Stellen hiermit ausdrücklich
ebenfalls von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

....., den

(Ort) (Datum) (Unterschrift)