Saß & Liskewitsch

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# RECHTSANWÄLTE . FACHANWÄLTE

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbindet .................................................................................

geboren am ......................................... in .........................................

in Sachen .............................................................................................

alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die anlässlich

...........................................................................................................

behandelnd / untersuchend mitgewirkt haben, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten

( ) Versicherungsgesellschaften

( ) Gerichten und Strafverfolgungsbehörden

( ) meinem Rechtsanwalt / meinen Rechtsanwälten

( ) .................................................................... .

Es dürfen nur die Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen stehen. Es wird zugleich darin eingewilligt, dass Gesundheitsdaten an Dritte übermittelt werden, soweit dies im Rahmen der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die anfragende Stelle zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich o.g. Person(en) von der Schweigepflicht.

............................................... ........................................................

Ort, Datum Unterschrift des Patienten / Mandanten