

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPLICHT

Ich,

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

entbinde hiermit in der Sache: _____

alle Ärzte, Pflegepersonen sowie Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sowie Angehörige anderer Heilberufe, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Zur Bearbeitung des bestehenden Mandats ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über meine Gesundheitsdaten verfügen. Dies gilt auch im Hinblick auf Vorerkrankungen, welche für die Beurteilung des hier in Rede stehenden Gesundheitsstandes von Bedeutung sein könnten.

Auch insoweit entbinde ich alle oben genannten Stellen uneingeschränkt von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die Rechtsanwälte

Dietzmann Hesse Dr. Buchmann und Partner mbB
Franziskanerstraße 11 57462 Olpe
Tel: 02761/83 53-0 Email: kontakt@kanzlei-olpe.de

- soweit es für die Bearbeitung des bestehenden Mandats erforderlich ist - bei den nachfolgenden Stellen Informationen und Gesundheitsdaten erheben:

Ich bin auch damit einverstanden, dass die erstellten Gutachten anderen Ärzten, Behörden, Gerichten sowie sonstigen Personen -soweit für die Bearbeitung des Mandats erforderlich- zugänglich gemacht werden.

Olpe, den _____

(Unterschrift)