

Schweigepflichtentbindung	Anlage 1 Version 01
----------------------------------	--------------------------------------

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

(Absenderangaben)
Vorname, Name

Anschrift

Telefon

An

.....
.....

Krankenhaus
Straße

PLZ Ort

Schweigepflichtentbindungserklärung

Im Rahmen der (Grund der Herausgabe der Krankenakten) zu meiner Behandlung im KRANKENHAUS (mit Angabe des Zeitraumes) stimme ich

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

der Herausgabe meiner Krankenunterlagen an (Dienststelle, Person) zu und entbinde insoweit alle - auch die vor- und nachbehandelnden - Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- a) Versicherungsgesellschaften
- b) Rechtsanwälten und Beauftragten
- c) eventuell beteiligten Gutachtern/Schlichtungsstellen
- d) Gerichten und beteiligten Behörden

Ort, den

.....
(Unterschrift)

Bei minderjährigen Kindern Name und Unterschrift des/der Sorgeberechtigten oder Betreuers