

<b>Schweigepflichtentbindung</b>	<b>Anlage 1</b> <b>Version 01</b>
----------------------------------	--------------------------------------

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