

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Ich,

Frau/Herr _____,

wohnhaft _____

geb. am _____,

entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenpflegeeinrichtungen und Gesundheitsämtern und Gutachtern von Ihrer Schweigepflicht – auch über meinen Tod hinaus.

Die Entbindung betrifft alle Tatsachen, Befunde und sonstige Auskünfte, die den obigen Personen im Zusammenhang mit meiner Behandlung nach/wegen

bekannt geworden sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sämtliche

Krankenakten, Krankengeschichten, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbe-
funde, Gutachten, Röntgenaufnahmen,

sowie

Akten von Behörden, Versicherungen u.ä., in denen sich ärztliche Befunde oder
Beurteilungen über mich befinden könnten,

sowie

Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten oder Krankenhäusern, bei denen
ich in Behandlung war oder bin

an die

AIXLAW Rechtsanwälte Speicher, Betzer PartGmbB

Goethestraße 5

52064 Aachen

sowie an die _____

herausgegeben und diese zur Klärung meiner Angelegenheit verwendet werden.

Datum

Unterschrift