

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, Hausnummer): \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

entbinde hiermit meinen behandelnden Arzt / meine behandelnde Ärztin / meinen Zahnarzt / meine Zahnärztin:

Name des Arztes / der Ärztin: \_\_\_\_\_

Praxisadresse / Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den berufsrechtlichen Vorschriften.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass sämtliche mich betreffenden medizinischen Unterlagen, insbesondere:

- Krankenakten, Krankenblätter, Krankengeschichten,
- Untersuchungsbefunde, Laborwerte, Röntgenberichte und Röntgenufnahmen,
- Arztbriefe, Gutachten und sonstige Aufzeichnungen,
- Behandlungs- und Befundberichte,
- Unterlagen anderer behandelnder Ärzte, Krankenhäuser oder Gesundheitsämter,
- sowie vorhandene Krankenversicherungsunterlagen mit ärztlichen Befunden oder Beurteilungen,

soweit sie sich im Besitz des oben genannten Arztes bzw. der genannten Einrichtung befinden, an meine Rechtsanwältin

Izabela Janowska, Goethering 3, 49074 Osnabrück

herausgegeben und von dieser zur Wahrnehmung meiner rechtlichen Interessen ausgewertet und verwendet werden dürfen.

Eine Kopie dieser Einwilligung ist der Vorlage des Originals gleichgestellt.  
Diese Schweigepflichtentbindung gilt bis auf Widerruf.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_