



# Ärztliche Schweigepflichtentbindungserklärung

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Behandlungsanlass: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus oben bezeichnetem Anlass behandelt haben, von ihrer Pflicht zur ärztlichen Verschwiegenheit. Ich ermächtige sie,

- der Anwaltskanzlei: \_\_\_\_\_

- der Versicherung: \_\_\_\_\_

- der Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

- der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- den Gerichten: \_\_\_\_\_

- der Staatsanwaltschaft: \_\_\_\_\_

- der Polizei: \_\_\_\_\_

- dem Sachverständigen: \_\_\_\_\_

- Sonstiges: \_\_\_\_\_

alle von dort erbetenen Informationen zu erteilen (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

