

**Schweigepflichtentbindungserklärung und**  
**Einsichts- / Empfangsgenehmigung**

Patient/in: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Betrifft: Medizinische Behandlung .....

.....

.....

.....

Hiermit entbinde ich betreffend des vorgenannten Behandlungsgeschehens, **nebst allen damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen**, alle mich – ggf. auch künftig – behandelnden Ärzte und sonstige der Schweigepflicht unterliegenden Beteiligten, wie insbesondere auch das Krankenhaus- und Praxispersonal, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, den beteiligten Gerichten, Sachverständigen und Strafverfolgungsbehörden, den beteiligten Rechtsanwälten und Parteien.

Die Rechtsanwälte Professor Mayer & Kollegen, die Gerichte und Sachverständigen sind befugt, alle mir zustehenden Einsichtsrechte wahrzunehmen, insbesondere Einsicht in meine kompletten Behandlungsunterlagen zu nehmen und Originale in Empfang zu nehmen und diese den o. b. Beteiligten zur Verfügung zu stellen.

.....

Ort

Datum

.....

Unterschrift