

Schweigepflichtsentbindungserklärung und
Einsichts- / Empfangsgenehmigung

Patient/in:

Geburtsdatum:

Adresse:

Betrifft: medizinische Behandlung

.....

wegen:

.....

Hiermit entbinde ich betreffend des vorgenannten Behandlungsgeschehens **nebst allen damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen** alle mich – ggf. auch künftig – behandelnde 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 und Strafverfolgungsbehörden und den beteiligten Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen.

Die Rechtsanwälte Professor Mayer & Kollegen sind befugt, alle mir zustehenden Einsichtsrechte wahrzunehmen, insbesondere Einsicht in meine kompletten Behandlungsunterlagen zu nehmen und Originale zum Zweck der Kopieherstellung, bzw. erstellte Kopien, in Empfang zu nehmen.

.....

Ort

Datum

.....

Unterschrift