

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich Herr/Frau

wohnhaft in

entbinde hiermit meinen Arzt bzw. Ärzte/Zahnarzt bzw. Zahnärzte

Herrn/Frau

Herrn/Frau

Herrn/Frau

von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenakten, Krankenblätter, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenberichte und Röntgenaufnahmen, Gutachten, sonstige Aufzeichnungen, Behandlungs- und Befundbericht, von anderen Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war, Akten von Behörden, Gesundheitsämtern und Krankenversicherungsunterlagen, soweit sie ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten

an den Rechtsanwalt

**Evgen Stadnik
Käthe-Kollwitz-Str. 17
07743 Jena**

herausgegeben und zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden können.

Ort, Datum

Unterschrift