



Erklärung über die Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

gesetzlicher Vertreter: _____

alle mich behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, (Sozial-) Versicherungsträger und Behörden aller Art einschließlich der Amtsärzte

in der Angelegenheit:

von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber
Kanzlei Schwarz, Fritz-Schroeder-Ufer 37, 53111 Bonn

Sachbearbeiter: _____

sowie den Gerichten, (Sozial-) Versicherungen, Behörden und Personen, die mit der Bearbeitung meiner Angelegenheit befasst sind.



KANZLEI
SCHWARZ

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kanzlei Schwarz oder eine der mit meiner Angelegenheit befassten Stellen alle mich betreffenden Krankenunterlagen (Krankenblätter, Krankengeschichten, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten, etc.) Akten von Gerichten, Behörden und Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde oder Beurteilungen befinden können, Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung bin oder war, in Kopie gegen angemessene Kostenerstattung anfordert und sonstige Auskünfte einholt.

Mit der Nutzung und Verarbeitung meiner Sozialdaten zum Zwecke der Wahrnehmung meiner Rechte bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass dies ohne meine Einwilligung gem. § 67 b SGB X unzulässig wäre.

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen die
Eltern / der gesetzlichen
Vertreter)

