

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Haus-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

## Erklärung

### über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde alle Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des

\_\_\_\_\_  
(Name des Krankenhauses, Anschrift)

die mich im Zusammenhang mit der(n) Behandlung(en) / dem stationären Aufenthalt

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Datum) (Datum)

behandelt haben sowie alle mich wegen der vorgenannten stationären Behandlung(en) vor- und nachbehandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtentbindungserklärung gilt gegenüber den Beteiligten und Rechtsanwälten sowie Versicherungsgesellschaften und im Falle eines gerichtlichen Verfahrens gegenüber den Gerichten der I. und II. Instanz sowie allen weiteren mit der Bearbeitung des Falles beauftragten Personen, insbesondere einem von dem Gericht bestellten Sachverständigen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der(n) beanstandeten Behandlung(en) stehen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)