

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Name, Vorname _____, _____, * _____

Anschrift _____


Mir ist bekannt,

- dass behandelnde Ärzte Krankenakten führen,
- die Krankenakte persönliche Angaben der Person des Patienten enthält,
- der Inhalt der Krankenakte durch die Schweigepflicht des § 203 StGB geschützt ist,
- durch diese Erklärung die behandelnden Ärzte Auskünfte über den Inhalt der Krankenakte an Dritte weitergeben dürfen.

In Kenntnis der vorgenannten Fakten entbinde ich aus freiem Entschluss sämtliche, mich wegen des Unfalls / Vorfalls vom _____ in _____ behandelnde Ärzte, insbesondere

- _____
- _____
- _____

zur Regulierung meiner Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche gegenüber

-  Steding - Rechtsanwälte, Rüttenscheider Stern 5, 45130 Essen,
- _____
- _____

von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass

- Fragen bzgl. Meines Gesundheitszustandes während der Dauer der stationären/ambulanten Behandlung beantwortet werden.
- Kopien aus der Krankenakte an o. g. Personen herausgegeben werden.

Essen, den _____