

Schweigepflichtentbindungserklärung Einsichts-/Empfangnahmegenehmigung

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geb.-Datum:

Anlass für diese freiwillig abgegebene Schweigepflichtentbindungserklärung/Einsichts-/Empfangnahmegenehmigung ist:

die Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Unfall vom
die Geltendmachung von Ansprüchen aus der ärztlichen
Behandlung vom
die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem
Sozialversicherungsträger

Hiermit entbinde ich betreffend das vorgenannte Behandlungsgeschehen nebst allen damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen alle mich - ggf. auch künftig - behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und/oder Angehörige anderer Heilberufe, Bedienstete von Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen sowie von Behörden von ihrer - gesetzlichen und vertraglichen - Schweigepflicht gegenüber der von mir beauftragten

Kanzlei-50Plus
Rechtsanwalt Meyer - Osting
Heinrich – Heine – Str. 4
30173 Hannover

Die oben Genannten sind befugt, sämtliche mir zustehenden Einsichtsrechte wahrzunehmen, insbesondere Einsicht in meine vollständigen Behandlungsunterlagen zu nehmen bzw. Originale/Kopien/Abschriften in Empfang zu nehmen.

Der/die von seiner Schweigepflicht entbundene behandelnde(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie die Bedienstete(n) von Krankenanstalten/Pflegeeinrichtungen und Behörden ist/sind ferner befugt, allen beteiligten

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| a) Versicherungsgesellschaften | d) Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen |
| b) Gerichten | e) Sozialleistungsträgern |
| c) Sachverständigen | f) Gutachtern (insb. des MDK) |

über alle Umstände, einschließlich Vorerkrankungen, Auskunft zu geben, die mit dem oben bezeichneten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift