

## **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich, Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern und Behörden, Personenversicherer gesetzliche Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über mein Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu Anlass besteht – Angaben auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle erhalten muss. Auch insoweit entbinde ich alle behandelnden Ärzte uneingeschränkt von ihrer Schweigepflicht. Ich bin auch damit einverstanden, dass die erstellten Gutachten anderen Ärzten und v.a. meinem Rechtsanwalt Michael Felchner, Wiesbaden, zugänglich gemacht werden.

Einer Erhebung von Gesundheitsdaten kann ich widersprechen. Mir ist bekannt, dass ein Widerspruch zu einer Kürzung der Leistung führen kann, sofern dadurch eine Leistungsbearbeitung ganz oder teilweise nicht durchgeführt werden kann.

Die eingeschalteten Unternehmen sind im Rahmen ihrer Aufgabenstellung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

bei Minderjährigen oder gesetzlich Gleichgestellten Unterschrift der/s gesetzlichen Vertreter/s

Angaben über meinen derzeit behandelnden Arzt/behandelnde Ärztin:

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_