

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

REWISTO Rechtsanwälten Friedhoff, Mauer & Partner mbB, Viktoriastr. 73-75, 52066 Aachen

Sachbearbeiter:

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß die Anwaltskanzlei Friedhoff, Mauer & Partner 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.

_____,den _____
Ort Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen der Eltern / des gesetzlichen Vertreters)

**Das Original liegt der Anwaltskanzlei vor.
Die Richtigkeit der Kopie wird beglaubigt durch :**

RA/RAin