

Schweigepflichtentbindungserklärung

Den/die behandelnden Arzt/Ärzte (Frau Dr. Eva Wadkien) und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten der betriebenen Praxis, Marktplatz 13, 56751 Polch, derzeit vertreten durch den Insolvenzverwalter Herrn Dr. Ralf Bornemann, entbinde ich,

(Name, Adresse).....

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Behandlungsdaten in Kopie (gegen Auslagererstattung, welche im Voraus zu erfolgen hat) zugesandt werden an:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus, sie wirkt gegenüber meinen Erben.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)

Anlagen:

- bei EU-Bürgern: Kopie von Personalausweis/Reisepass
- bei Nicht-EU-Bürgern: Notariell/konsularisch beglaubigte Kopie von Personalausweis/Reisepass
- in jedem Falle:
- eidesstattliche Versicherung (Formular anbei)