

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht (m/w): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Prüfung folgenden Sachverhaltes (stichwortartig): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Landesärztekammer Hessen bei

Name des Arztes/der Ärztin: \_\_\_\_\_

Dienstadresse des Arztes/der Ärztin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Unterlagen anfordert, die mit dem beanstandeten Sachverhalt in Zusammenhang stehen und diese im berufsrechtlichen Verfahren verwertet, soweit dies zur Klärung des Sachverhaltes erforderlich ist.

Ich entbinde zugleich die/den Ärztin/Arzt von der Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber der Landesärztekammer Hessen und gegenüber den mit der Bearbeitung meiner Eingabe beauftragten Personen/Gremien. Ich habe die Möglichkeit, diese Erklärung einzuschränken, sowie im Falle mehrerer Behandler lediglich Einzel-Schweigepflichtentbindungen zu erteilen.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann zum Abbruch des Verfahrens führen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

(Sofern die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)