



Erklärung über Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige, Andere von Kranken- und Pflegeanstalten, Gesundheitsämtern, Gutachter und gesetzl. Betreuer die mich betreffende Informationen besitzen, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenbefunde, Röntgenaufnahmen und Gutachten

Sowie

Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden können,

Sowie

Behandlungs- und Befundberichte von Zahnärzten, Ärzten oder Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin

der **Oralchirurgie Dr. Blum & Partner, Taunusallee 7-11, 56130 Bad Ems**

zur Verwertung in meiner Angelegenheit zur Verfügung gestellt bzw. weitergeleitet werden dürfen und in diesem Fall herauszugeben sind.

Die Ermächtigung ist bis auf schriftlichen Widerruf und bei nicht erfolgtem Widerruf, auch über meinen Tod hinaus, weiter gültig.

Datum Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters Unterschrift des gesetzlichen Vertreters Beziehung zum Patienten

Anschrift, Telefonnummer und E-Mail des gesetzlichen Vertreters:

