

Schweigepflichtentbindungserklärung Einsichts-/Empfangnahmegenehmigung

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Anlass für diese freiwillig abgegebene Schweigepflichtentbindungserklärung/Einsichts-/Empfangnahmegenehmigung ist:

- die Geltendmachung von Ansprüchen aus dem **Unfall** vom _____
- die Geltendmachung von Ansprüchen aus der ärztlichen **Behandlung** vom _____
- die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber dem **Sozialversicherungsträger** _____

Hiermit entbinde ich betreffend das vorgenannte Behandlungsgeschehen nebst allen damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen alle mich - ggf. auch künftig - behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und/oder Angehörige anderer Heilberufe, Bedienstete von Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen sowie von Behörden von ihrer - gesetzlichen und vertraglichen - **Schweigepflicht** gegenüber der von mir beauftragte

Melzer + Penteridis Rechtsanwälte PartGmbH
Am Vorderflöß 58
33175 Bad Lippspringe

Die oben Genannten sind befugt, sämtliche mir zustehenden Einsichtsrechte wahrzunehmen, insbesondere Einsicht in meine vollständigen Behandlungsunterlagen zu nehmen bzw. Originale/Kopien/Abschriften in Empfang zu nehmen.

Der/die von seiner Schweigepflicht entbundene behandelnde(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie die Bedienstete(n) von Krankenanstalten/Pflegeeinrichtungen und Behörden ist/sind ferner befugt, **allen beteiligten**

- a) Versicherungsgesellschaften
- b) Gerichten
- c) Sachverständigen
- d) Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen
- e) Sozialleistungsträgern
- f) Gutachtern (insb. des MDK)

über alle Umstände, einschließlich Vorerkrankungen, **Auskunft zu geben**, die mit dem oben bezeichneten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

>> Ort, Datum

>> Unterschrift