



Schweigepflichtentbindungserklärung

Daten des Patienten/ der Patientin

Weiblich Männlich Divers

Vorname

Geschlecht

Name

Geburtsdatum

Geburtsname*

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax*

E-Mail

*Angabe freiwillig

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Ärztekammer Hamburg bei den nachstehend genannten Ärztinnen/Ärzten und Behandlungseinrichtungen Behandlungsunterlagen anfordern darf, die mit der beanstandeten Rechnung in Zusammenhang stehen und diese für die gebührenrechtliche Prüfung notwendig sind.

Ich/Wir entbinde/n zugleich diese behandelnden Ärztinnen/Ärzte und Behandlungseinrichtungen, von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Name, Vorname, Anschrift

Rechnung vom

Behandlungszeitraum (von/bis)

Ich/wir unterschreiben diesen Antrag als:

Patient/Patientin persönlich

Betreuer/in | Bevollmächtigte/r*

Gesetzliche Vertretung des Patienten (Eltern)

* Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift