



Schweigepflichtentbindungserklärung

Daten des Patienten/ der Patientin

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Mobil

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Kommission zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler bei den nachstehend genannten Ärztinnen/Ärzten und Behandlungseinrichtungen Behandlungsunterlagen anfordert, die mit der beanstandeten Behandlung in Zusammenhang stehen und diese im Gutachterverfahren zur Aufklärung des Sachverhaltes heranzieht.

Name, Vorname, Anschrift

Name, Vorname, Anschrift

Name, Vorname, Anschrift

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

Darüber hinaus entbinde ich die Kommission zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Informationen an die anderen Beteiligten des Verfahrens (Arzt oder Krankenhaus, Versicherung, Bevollmächtigte) weitergegeben werden müssen.

Ich/wir unterschreiben diesen Antrag als:

Patient/Patientin persönlich

bevollmächtigte/r Vertreter/in*

Erbe/Erben*

Gesetzliche Vertretung des Patienten (Eltern)

Betreuer/in*

* Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift