

Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht Ermächtigung des rechtlichen Vertreters

**Rechtsanwälte
Uwe Biendarra, Welf Spörlein
Annette Falk**

31134 Hildesheim * Osterstraße 7 - 9 * Telefon (0 51 21) 28 92 90

Name:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

1. Ich bin ab dem _____ aufgrund einer Erkrankung/eines Unfalls/sonstiger Umstände (nämlich: _____) medizinisch behandelt worden.
2. Ich bin damit einverstanden, dass zur Klärung des Umfangs meiner Verletzungen und/oder zum Ablauf der ärztlichen und nichtärztlichen Behandlungen alle zur Sachverhaltsaufklärung erforderlichen ärztlichen und sonstigen Unterlagen, insbesondere alle über mich geführten Krankenakten, Krankenunterlagen nebst sonstiger technischer Aufzeichnungen (Röntgenaufnahmen, CT-/MRT-Aufnahmen, Filmaufnahmen etc.) beigezogen und ausgewertet werden.
3. Ich entbinde alle Ärzte sowie das mit meiner Behandlung verbundene nichtärztliche Personal, die mich ab Beginn der/des o.g. Erkrankung/Unfalls/sonstigen Schäden oder im weiteren Verlauf untersucht und betreut haben oder zukünftig in dieser Angelegenheit noch untersuchen, behandeln und betreuen werden, ausdrücklich von der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht, insbesondere gegenüber der Anwaltskanzlei Herzog und Biendarra, Osterstraße 7-9, 31134 Hildesheim, im Falle der Anhängigkeit eines Gerichtsverfahrens auch gegenüber dem Gericht und den übrigen Verfahrensbeteiligten, sowie eventuell beauftragten Gutachtern und weiterbehandelnden Ärzten. Die Entbindungserklärung gilt auch für die Haftpflichtversicherung dessen, den ich im Zusammenhang mit dem Unfall und/oder dem Grund/der Folgen meiner medizinischen Behandlung in Anspruch nehme.

Die Ärzte, das Pflegepersonal und Krankenhäuser führe ich, soweit möglich, gesondert auf. In Bezug auf die Personen, die am Behandlungsgeschehen beteiligt waren und derzeit mangels Kenntnis nicht gesondert genannt werden können, erkläre ich ebenfalls die Entbindung von einer etwaig bestehenden Schweigepflicht.

4. Die Kanzlei Herzog und Biendarra, Osterstraße 7-9, 31134 Hildesheim, wird ausdrücklich bevollmächtigt und ermächtigt, alle über mich geführten Krankenunterlagen und technischen Aufzeichnungen im Original einzusehen und/oder in Kopie an sich übersenden zu lassen und mit den behandelnden Ärzten sowie eventuell sonst beigezogenen Sachverständigen oder Versicherungen inkl. meiner Krankenversicherung den Sachverhalt zu erörtern, zu klären und zu besprechen.
5. Diese Vollmacht und die Entbindung von der Schweigepflicht geht auch über meinen eventuellen Tod hinaus.

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)