



Aktenzeichen: _____

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht (m/w/d): _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Ich bitte um Prüfung folgenden Sachverhaltes (stichwortartig):

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Landesärztekammer Hessen bei

Name **des Arztes/der Ärztin**: _____

Dienstadresse **des Arztes/der Ärztin**: _____

Zeitraum: _____

Unterlagen anfordert, die mit dem beanstandeten Sachverhalt in Zusammenhang stehen und diese im berufsrechtlichen Verfahren verwertet, soweit dies zur Klärung des Sachverhaltes erforderlich ist.

Ich entbinde zugleich **die/den Ärztin/Arzt** von der Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber der Landesärztekammer Hessen und gegenüber den mit der Bearbeitung meiner Eingabe beauftragten Personen/Gremien. Ich habe die Möglichkeit, diese Erklärung einzuschränken, sowie im Falle mehrerer Behandler lediglich Einzel-Schweigepflichtentbindungen zu erteilen.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann zum Abbruch des Verfahrens führen.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) _____

(Sofern die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)