

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Herr/ Frau	
geb. am:	
wohnhafte in:	

### entbinde hiermit den Arzt/ Ärztin/ den Träger des Krankenhauses

Name:	
Anschrift:	

### bei denen ich in Behandlung war oder bin, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass uneingeschränkt Auskunft erteilt wird.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte,  
ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten

sowie

Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und  
Beurteilungen über mich befinden könnten,

herausgegeben und diese zur Verwertung in meiner sozialversicherungs-/ rentenrechtlichen  
Angelegenheit herangezogen werden.

Diese Entbindungserklärung gilt nur für Erklärungen gegenüber den von mir beauftragten  
Rechtsanwälten der

**Kanzlei SUSANN N. DÖRING • Stolberger Str. 60 • 99734 Nordhausen**

Ort, Datum	Unterschrift des Ausstellers
------------	------------------------------