

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Betrifft: _____

Behandelnde Ärzte: _____

Erklärung:

1. über die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht,
2. über die Genehmigung zur Herausgabe und Einsichtnahme in medizinische Behandlungsunterlagen

Hiermit entbinde ich, alle mich aus Anlass der unter „Betrifft:“ näher bezeichneten medizinischen Maßnahmen – auch künftig – behandelnde Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Schreiber & Schulze-Lohne Rechtsanwälte, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, insbesondere Schadenshaftpflichtversicherern und gesetzlichen Krankenkassen, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und sonstigen Behörden, Trägern der Rentenversicherung, weiteren privaten Kranken(zusatz)versicherungen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkasse und dessen Gutachtern, sonstigen Gutachtern, Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Landesärztekammer sowie allen weiteren Stellen und Personen, die mit der Schadensregulierung beauftragt oder sonst befasst sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte uneingeschränkt erteilt werden, die in irgend einem Zusammenhang mit der Behandlung stehen und erteile weiter Vollmacht, dass den Rechtsanwälten Schreiber & Schulze-Lohne auf Anforderung uneingeschränkt Einsicht in die medizinischen Behandlungsunterlagen gewährt wird einschließlich der Herausgabe von Originalen bzw. Kopien dieser Behandlungsunterlagen unter Einschluss bildgebender Diagnostik (Röntgen, CT, MRT, US u.a.). Dies gilt auch gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, deren Gutachtern, sonstigen Gutachtern u.a. soweit erforderlich. Insoweit erteile ich alle erforderlichen Vollmachten sowohl den gesetzlichen wie privaten Krankenkassen als auch den genannten Rechtsanwälten gegenüber.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erfolgt unter der Bedingung, dass Stellungnahme und Auskünfte der Ärzte gegenüber den genannten Dritten schriftlich erteilt und in Kopie an die von mir beauftragten Rechtsanwälte Schreiber & Schulze-Lohne, Wachsbleiche 1, 53111 Bonn zugesendet werden.

Datum, _____

Unterschrift: _____