

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

(Name, Geburtsdatum, Anschrift)

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe (zB Heilpraktiker, Physiotherapeuten), Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden und sonstige Institutionen im Gesundheitswesen, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von Ihrer Schweigepflicht gegenüber

Beihilfe-Partner AG

Lippstädter Weg 23
33142 Büren

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde, oder Beurteilungen über mich enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichte, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung

herausgegeben und in meiner Versicherungsangelegenheit verwertet werden dürfen.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus, höchstens aber für 12 Monate nach Unterzeichnung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift

Bei folgenden Ärzten war ich in den letzten 10 Jahren in Behandlung: (bitte versuchen Sie sich genau zu erinnern)

Hausarzt:

(Praxis-/Arztname)

Ort

Zahnarzt:

(Praxis-/Arztname)

Ort

Hautarzt:

(Praxis-/Arztname)

Ort

Gynäkologe:

(Praxis-/Arztname)

Ort

HNO-Arzt:

(Praxis-/Arztname)

Ort

Orthopäde:

(Praxis-/Arztname)

Ort

Urologe:

(Praxis-/Arztname)

Ort

Internist:

(Praxis-/Arztname)

Ort

sonst. Facharzt:

(Praxis-/Arztname)

Ort

sonst. Facharzt:

(Praxis-/Arztname)

Ort

Ort, Datum

Unterschrift