

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name Patient:in:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Gesetzliche:r Vertreter:in:

Anschrift:

die Ärztin / den Arzt

Name:

Praxisanschrift:

Sofern es sich um eine Behandlung im Krankenhaus handelt:

Hiermit entbinde ich die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte

des Krankenhauses:

Anschrift:

gegenüber der

Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Verteidigung gegen die von mir / die im Zusammenhang mit meiner Behandlung / erhobenen Vorwürfe und die Bearbeitung meiner bei der Ärztekammer Berlin eingereichten Beschwerde erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten über meine ärztliche Behandlung durch die oben genannte Ärztin / den oben genannten Arzt / die oben genannte Einrichtung an die Ärztekammer Berlin übermittelt werden, soweit dies für die Aufklärung des Sachverhaltes erforderlich ist. Das Gleiche gilt für Daten aus meiner ärztlichen Beratung sowie für meine Behandlungsunterlagen oder Auszüge daraus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch schriftliche Erklärung widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift
(Patient:in)

Unterschrift
(gesetzliche:r Vertreter:in)