

Schweigepflichtentbindungserklärung

Den behandelnden Arzt (Herrn Dr. Karl Paulus) und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten der Zahnarztpraxis Dr. Paulus, Kasernenstr. 1B, 40213 Düsseldorf, derzeit vertreten durch den Insolvenzverwalter Herrn Dr. Jan-Philipp Hoos, entbinde ich,

(Name, Adresse).....

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Behandlungsdaten in Kopie (gegen Auslagenerstattung, gemäß Merkblatt Nr. I.) zugesandt werden an:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus, sie wirkt gegenüber meinen Erben.

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)

Anlagen:

- bei EU-Bürgern: Kopie von Personalausweis/Reisepass
- bei Nicht-EU-Bürgern: Notariell/konsularisch beglaubigte Kopie von Personalausweis/Reisepass
- in jedem Falle:
- eidesstattliche Versicherung (Formular anbei)