

Schweigepflichtentbindungserklärung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Zwecks Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen bzw. zwecks Überprüfung der Behandlung

Diagnose:

Zeitraum:

entbinde ich alle Ärzte, die mich in diesem Zusammenhang behandelt, vorbehandelt oder nachbehandelt haben bzw. nachbehandeln werden bis auf Weiteres von ihrer Schweigepflicht gegenüber den mit der Aufklärung bzw. Prüfung des Falles beteiligten

- Gerichten,
- Sachverständigen,
- Anspruchsgegnern,
- meinen/deren Anwälten oder deren Haftpflichtversicherern (im Falle einer Inanspruchnahme des Universitätsklinikums Eppendorf auch gegenüber dem Schadenabwickler ECCLESIA),
- Schlichtungsstelle der zuständigen Zahn-/Ärzttekammern,
- Krankenversicherung/Medizinischem Dienst der Krankenversicherungen.

Ort, Datum:

Unterschrift: