

Erklärung über die Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

alle mich behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger und Behörden aller Art

in der Angelegenheit:

von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber

sowie den Gerichten, Behörden und Personen, die mit der Bearbeitung meiner Angelegenheit befasst sind.

Ich erkläre mich einverstanden, dass **Rechtsanwalt Erol Keskin** oder eine der mit meiner Angelegenheit befasste Stellen

- alle mich betreffenden Krankenunterlagen (Krankenblätter, Krankengeschichten, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten, etc.)

Akten von Gerichten, Behörden und Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde befinden können,

- Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten, Krankenhäusern, Massagepraxen oder dergleichen, bei denen ich in Behandlung bin oder war,

in Kopie gegen angemessene Kostenerstattung anfordert und sonstige Einkünfte einholt.

Mit der Nutzung und Verarbeitung meiner Sozialdaten zum Zwecke der Wahrnehmung meiner Rechte bin ich einverstanden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass dies ohne meine Einwilligung gem. § 67 SGB X unzulässig wäre.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift