

Aktenzeichen:

Schweigepflichtentbindungserklärung

Patientendaten:

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer bei den nachstehend genannten Ärzten und Behandlungseinrichtungen Behandlungsunterlagen anfordert, die mit der beanstandeten Behandlung in Zusammenhang stehen und diese im Gutachterverfahren zur Aufklärung des Sachverhaltes heranzieht.

Arzt/Behandlungseinrichtung:	
Arzt/Behandlungseinrichtung:	
Arzt/Behandlungseinrichtung:	

Ich/Wir entbinde/n zugleich diese behandelnden Ärzte/Behandlungseinrichtungen, Gutachter, Versicherungsträger und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Darüber hinaus entbinde ich die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Informationen an die anderen Beteiligten des Verfahrens (Arzt oder Krankenhaus, Versicherung, Bevollmächtigte) weitergegeben werden müssen.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als:

- Patient persönlich
- Gesetzliche Vertreter des Patienten (Eltern)
- bevollmächtigter Vertreter*
- Betreuer*
- Erbe/Erben*

*Bitte Nachweise beifügen!

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift