



# HERTWECK & KOLLEGEN

## ENTBINDUNG SCHWEIGEPFLICHT

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

die Praxis Claus Hertweck und Kollegen von ihrer Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten, Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten, Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, an die Praxis Claus Hertweck und Kollegen herausgegeben und in meiner Rechtsangelegenheit verwertet werden dürfen.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift