

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Betrifft:

Erklärung

1. über die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht,

2. über die Genehmigung zur Herausgabe und Einsichtnahme in medizinische Behandlungsunterlagen

Hiermit entbinde ich, alle mich aus Anlass der unter „Betrifft:“ näher bezeichneten medizinischen Maßnahmen – auch künftig – behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber OK Ostheim & Klaus Rechtsanwälte Partnerschaft, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, insbesondere Schadenshaftpflichtversicherern und gesetzlichen Krankenversicherungen, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und sonstigen Behörden, Trägern der Rentenversicherung, weiteren privaten Kranken(zusatz)versicherungen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dessen Gutachtern, sonstigen Gutachtern, Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Landesärztekammer sowie allen weiteren Stell und Personen, die mit der Schadensregulierung beauftragt oder sonst befasst sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte uneingeschränkt erteilt werden, die in irgend einem Zusammenhang mit der Behandlung stehen und erteile weiter Vollmacht, dass OK Ostheim & Klaus Rechtsanwälte Partnerschaft auf Anforderung uneingeschränkte Einsicht in die medizinischen Behandlungsunterlagen gewährt wird einschließlich der Herausgabe von Originalen bzw. Kopien dieser Behandlungsunterlagen unter Einschluss bildgebender Diagnostik (Röntgen, CT, MRT, US u.a.). Dies gilt auch gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, deren Gutachtern, sonstigen Gutachtern u.a. soweit erforderlich. Insoweit erteile ich alle erforderlichen Vollmachten sowohl den gesetzlichen wie privaten Krankenkassen als auch den genannten Rechtsanwälten gegenüber.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erfolgt unter der Bedingung, dass Stellungnahmen und Auskünfte der Ärzte gegenüber den genannten Dritten schriftlich erteilt und in Kopie an die von mir beauftragten OK Ostheim & Klaus Rechtsanwälte Partnerschaft, Kirchstr. 1, 64283 Darmstadt zugesendet werden.

Datum, Unterschrift: