

# Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle, mich aus - auch künftig - behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Rechtsanwaltskanzlei TRAUTMANNRECHTSANWÄLTE, 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, Gutachterkommission und Schlichtungsstellen der Landesärztekammer sowie allen weiteren Stellen 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 weiterhin Vollmacht, dass die Rechtsanwaltskanzlei Trautmann auf Anforderung uneingeschränkte Einsicht in die medizinischen Behandlungsunterlagen gewährt wird einschließlich der Herausgabe von Originalen beziehungsweise Kopien dieser Behandlungsunterlagen unter Einschluss bildgebender Diagnostik (Röntgen, CT, MRT und andere). Dies gilt auch gegenüber dem medizinischen Dienst der Krankenkassen, deren Gutachtern, sonstigen Gutachtern und anderen, soweit erforderlich. Insoweit erteile ich alle erforderlichen Vollmachten sowohl den gesetzlichen und privaten Krankenkassen als auch dem genannten Rechtsanwalt 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 beauftragte Kanzlei



zugesendet werden.

**Name/Anschrift:**

.....  
.....

**Geburtsdatum:** .....

Ich befinde mich bei folgenden Ärzten in Behandlung:

.....  
.....  
.....  
.....

Peißenberg, den

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)