

## **Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
(Name der Ärztin/ des Arztes bzw. alle behandelnden Ärzte des Krankenhauses)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

von der Schweigepflicht - und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die gesamten Behandlungsunterlagen an die Collegius Rohlfing Weisensee Oettler Rückemann-Bock PartmbB, mit Hauptsitz Große Breite 1, 37077 Göttingen, herausgegeben und diese zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift