

Die Beauftragte der Landesregierung  
für Menschen mit Behinderung sowie  
für Patientinnen und Patienten  
in Nordrhein-Westfalen



Landesbehinderten- und Patientenbeauftragte NRW, 40190 Düsseldorf

**Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht /  
Auskunftsrecht gegenüber Behörden**

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname .....  
Geburtstag: .....  
Anschrift: .....  
.....

in der Angelegenheit,

Name, Vorname .....  
Krankenkasse .....  
Vers.- Nr. ....  
Geburtstag: .....  
Anschrift: .....  
.....

Dienstszitz:  
Fürstenwall 25,  
40219 Düsseldorf  
Telefon 0211 855-3008  
Telefax 0211 855-3037  
[kontakt@lbbp.nrw.de](mailto:kontakt@lbbp.nrw.de)  
[www.lbbp.nrw.de](http://www.lbbp.nrw.de)

Öffentliche Verkehrsmittel:  
Rheinbahn Linien 706, 709  
Haltestelle: Stadttor  
Rheinbahn Linie 732  
Haltestelle: Polizeipräsidium

mit der ich mich an die Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit  
Behinderungen sowie Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen  
gewendet habe, alle

- Ärztinnen und Ärzte,
- Angehörige anderer Heilberufe,
- Gutachterinnen und Gutachter,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Versicherungsträgern,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Behörden,
- Sonstige, \_\_\_\_\_

die innerhalb der letzten \_\_\_\_ Jahre für mich tätig waren, von ihrer Schweige-  
pflicht.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder  
Gutachten
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen  
Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen  
enthalten könnten
- Arzt- oder Krankenhausberichte über abgeschlossene oder noch  
andauernde Behandlung oder Befunde
- Sonstiges \_\_\_\_\_

an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Büros des Beauftragten der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen herausgegeben und im Rahmen der Bearbeitung meiner Anfrage verarbeitet werden dürfen.

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

.....  
Ort / Datum / Unterschrift