

# Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Weiterleitung von Dokumenten

Vorname: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_  
Versicherung: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigte: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass die Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen (LBBP) in der folgenden Angelegenheit, für mich tätig werden soll:

## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit befreie ich folgende Personen, die innerhalb der letzten \_\_\_\_ Jahre für mich tätig waren, von ihrer Schweigepflicht gegenüber der LBBP:

- 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, und zwar \_\_\_\_\_

Ich ermächtige diese Personen,

- die notwendigen Auskünfte zu erteilen und / oder
- die medizinischen und behördlichen Befunde / Berichte, Gutachten und Akten auszuhändigen.

## Einwilligung zur Weiterleitung von Dokumenten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Landesbehinderten- und -patientenbeauftragte meine ihr vorliegenden Unterlagen und Dokumente in der o.g. Angelegenheit mit der Bitte um Kenntnisnahme bzw. zur Klärung der Angelegenheit weiterleiten darf an:

- 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, und zwar \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift