

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