

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich:

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

wohnhaft:

(Straße, Ort)

den Arzt / die Ärztin:

(Name, Anschrift)

gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gilt gegenüber allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KVHB, soweit sie mit der Beschwerde befasst sind, sowie gegenüber den Gremien der KVHB, die in das Beschwerdeverfahren eingebunden sind. Ich kann diese Erklärung auf bestimmte Behandlungsvorgänge einschränken und - im Falle mehrerer Behandler – auch für einzelne Ärztinnen oder Ärzte Schweigepflichtentbindungen erteilen. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann aber zum Abbruch des Verfahrens führen.

Datum: _____ Unterschrift: _____