

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht *)

Name, Vorname, geb.:

Anschrift:

Betrifft gutachterliche Tätigkeit/Stellungnahme

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte sowie die Krankenanstalten, bei denen ich in ambulanter oder stationärer Behandlung gestanden habe bzw. stehe von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Sozialamt des Landkreises Harz und den Ärzten des Gesundheitsamtes des Landkreises Harz.

Ich bin mit der Heranziehung und Auswertung von zur gutachterlichen Tätigkeit nötigen Unterlagen einverstanden.

Halberstadt,

Unterschrift
(Haushaltsvorstand)

Unterschrift
(Haushaltsangehörige/r)

Unterschrift
(Haushaltsangehörige/r)

Unterschrift
(Haushaltsangehörige/r)

Hiermit entbinde ich die Ärzte des Gesundheitsamtes des Landkreises Harz von der Ihnen mir gegenüber obliegenden Schweigepflicht, soweit die Weitergabe von Daten an zur gutachterlichen Tätigkeit bei o.g. Auftrag nötig ist.

Halberstadt,

Unterschrift
(Haushaltsvorstand)

Unterschrift
(Haushaltsangehörige/r)

Unterschrift
(Haushaltsangehörige/r)

Unterschrift
(Haushaltsangehörige/r)

*) Mir ist bekannt, dass die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.