

Berufsrechtliche Prüfung von Beschwerdevorwürfen Schweigepflichtentbindungserklärung für Vor- und Nachbehandelnde (Ärzt:innen oder Krankenhäuser)

1 Daten der Patientin | des Patienten

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht

Weiblich

Männlich

Divers

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon- oder Mobilfunknummer

E-Mail

2 Einverständnis

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärztekammer bei der/dem nachstehend genannten Ärztin/Arzt Behandlungsunterlagen anfordern darf, die mit den Beschwerdevorwürfen in Zusammenhang stehen und für die berufsrechtliche Prüfung notwendig sind. Ich entbinde diese:n Ärztin/Arzt/dieses Krankenhaus von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Ärztin / Arzt bzw. Krankenhaus

Anschrift

3 Ich/Wir unterschreiben diesen Antrag als:

Patient:in persönlich

Bevollmächtigte:r
Vertreter:in*

*Nachweise bitte beifügen

Gesetzliche Vertretung
der:des Patientin/en (Eltern)

Betreuer:in*

Aktenzeichen – nur von der
BO-Abt. auszufüllen

Ort, Datum

Unterschrift