

## Schweigepflichtentbindungserklärung im Rahmen einer gebührenrechtlichen Prüfung

### 1 Daten Patient:in

Vor- und Nachname\*

Geburtsdatum\*

Geschlecht\*

Weiblich

Männlich

Divers

Straße, Hausnummer\*

Postleitzahl\*

Ort\*

Telefon- oder Mobilfunknummer\*

E-Mail

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Ärztekammer Hamburg bei den nachstehend genannten Ärztinnen/Ärzten und Behandlungseinrichtungen Behandlungsunterlagen anfordern darf, die mit der beanstandeten Rechnung in Zusammenhang stehen und diese für die gebührenrechtliche Prüfung notwendig sind.

### 2 Ich/Wir entbinde/n zugleich diese behandelnden Ärzt:innen und Behandlungseinrichtungen, von der Pflicht zur Verschwiegenheit

Vor- und Nachname und Anschrift\*

Rechnung vom\*

Behandlungszeitraum (von/bis)

### 3 Ich/Wir unterschreiben diesen Antrag als:

Patient/in persönlich

Betreuer/in\*

Gesetzliche Vertretung  
der/des Patientin/en (Eltern)

\*Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

Unterschrift