

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Anschrift: _____
Straße, Hausnummer PLZ Ort

die Universitätsmedizin Greifswald sowie alle Ärzte und Mitarbeiter der Universitätsmedizin Greifswald von der ärztlichen Schweigepflicht im Zusammenhang mit folgender Diagnose behandelt haben oder noch behandeln werden: (Zeitraum des Aufenthalts, Diagnose(n), Klinik, Institut, etc.)

gegenüber (z.B. Krankenkassen, Rechtsanwälte, Gerichte, Sachverständigengutachter, etc.)

Name: _____

Anschrift: _____
Straße, Hausnummer PLZ Ort

für folgenden Sachverhalt (Überprüfung von möglichen Ansprüchen, Behandlungsfehler, Sachverständigengutachten, etc.)

Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne oder mit Angabe von Gründen widerrufen werden.

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift



Umseitig ausgefüllte Erklärung bitte weiterleiten an:

Universitätsmedizin Greifswald

Geschäftsbereich Patientenservice und Logistik

Fleischmannstraße 8

17489 Greifswald

anforderung-patientenakte@med.uni-greifswald.de

Kontakt für Nachfragen: 03834-86-7332