



**Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung**  
**im Rahmen einer amtsärztlichen Begutachtung**

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_,

- die/den Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_
- die Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH, Klinik für \_\_\_\_\_,  
und dessen Ärztinnen und Ärzte
- das Krankenhaus/die Klinik \_\_\_\_\_  
und dessen Ärztinnen und Ärzte
- den Fachdienst Gesundheit (Gesundheitsamt) und dessen Ärztinnen und Ärzte aller  
Abteilungen (Ausnahmen evtl. angeben): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

ggf. im Hinblick auf die folgende Behandlung/Erkrankung:

\_\_\_\_\_

und den folgenden Behandlungszeitraum/Begutachtungszeitpunkt: \_\_\_\_\_

von der Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber dem Gesundheitsamt der Stadt Neumünster, Abteilung Begutachtungswesen.

- Weiterhin ermächtige ich die Ärztin/den Arzt des Gesundheitsamtes, den oben genannten Ärztinnen, Ärzten und Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen die Ergebnisse der Untersuchung bei dem Gesundheitsamt Neumünster mitzuteilen und dazu weitere Auskünfte von den oben Genannten einzuholen, soweit dies zur Begutachtung erforderlich ist. Insoweit entbinde ich auch die Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Die Schweigepflichtsentbindung wird freiwillig abgegeben. Mir ist bekannt, dass sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann und dass ich eine Kopie der ausgefüllten Erklärung erhalten kann.

Neumünster, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Bitte für jede Ärztin/jeden Arzt/jedes Krankenhaus usw. jeweils eine gesonderte Schweigepflichtsentbindung verwenden.**