



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.