Gutachterstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Sächsischen Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Tel.: 0351 8267131
Fax: 0351 8267132
mail: gutachterstelle@slaek.de

# Schweigepflichtentbindungserklärung

## Patientendaten

| | |
|---|---|
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geburtsname: |
| Straße/Hausnummer: | |
| PLZ: | Ort: |
| Telefon: | mobil: |
| Telefax: | e-mail: |

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Gutachterstelle für Arzthaftpflichtfragen der Sächsischen Landesärztekammer bei den nachstehend genannten Ärzten und Behandlungseinrichtungen Behandlungsunterlagen anfordert, die mit der beanstandeten Behandlung in Zusammenhang stehen und diese im Gutachterverfahren zur Aufklärung des Sachverhaltes heranzieht.

Name: Anschrift:

Name: Anschrift:

Name: Anschrift:

Ich/Wir entbinde/n zugleich diese behandelnden Ärzte/Behandlungseinrichtungen, Gutachter, Versicherungsträger und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Darüber hinaus entbinde ich die Gutachterstelle für Arzthaftpflichtfragen der Sächsischen Landesärztekammer von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Informationen an die anderen Beteiligten des Verfahrens (Arzt oder Krankenhaus, Versicherung, Bevollmächtigte) weitergegeben werden müssen.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als:

O Patient persönlich
O Gesetzliche Vertreter des Patienten (Eltern)
O bevollmächtigter Vertreter*
O Betreuer*
O Erbe/Erben*

_____

Ort, Datum Unterschrift

_____

Ort, Datum Unterschrift

*Nachweise bitte beifügen

Zur Bearbeitung Ihres Begutachtungsantrages speichert die Gutachterstelle der Sächsischen Landesärztekammer die Daten, die Sie uns übermitteln. Zum Datenschutz verweisen wir auf die diesbezügliche Erklärung auf unserer Website (www.slaek.de/Impressum/Datenschutz).