

Patient(in)/ Antragsteller(in)*

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Geburtsname:

Straße:

PLZ/ Ort:

Telefon:

Telefax:

Gutachterkommission
für ärztliche Behandlungsfehler
bei der Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstraße 9

40474 Düsseldorf

**Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht
zum Antrag auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung**

Ihr Zeichen:

Datum:

Hinweise:

- * Nichtzutreffendes bitte streichen.
- Es wird gebeten, diesen *Vordruck* und die *Anlage* **sorgfältig und vollständig in Druckschrift** auszufüllen. Unvollständige oder unleserliche Angaben können zu einer Verzögerung der Bearbeitung und zu vermeidbaren Rückfragen führen.

1. Ich bin/ wir sind* damit einverstanden, daß die Gutachterkommission alle zur Sachverhaltsaufklärung erforderlichen ärztlichen und sonstigen Unterlagen, z. B. Akten der Sozialversicherungsträger, des Versorgungsamtes, der Berufsgenossenschaft, der Staatsanwaltschaft sowie Akten über gerichtliche Verfahren, die meinen/ unseren* Antrag betreffen, beizieht und auswertet.
2. Ärzte, die mich, meine Ehefrau, meinen Ehemann, unser Kind, unsere Mutter, unseren Vater, unseren sonstigen Angehörigen* zur Zeit oder im weiteren Verlauf dieses Verfahrens untersuchen/ behandeln oder früher untersucht/ behandelt haben, entbinde(n) ich/ wir* hiermit gegenüber der Gutachterkommission, den von ihr hinzugezogenen Gutachtern und weiteren Verfahrensbeteiligten von ihrer beruflichen Schweigepflicht.
3. Ich bin/ wir sind* damit einverstanden, daß die Gutachterkommission den zuständigen Haftpflichtversicherer des/ der betroffenen Arztes/ Ärzte von meinem Antrag unterrichtet und ihm alle das Begutachtungsverfahren betreffenden Unterlagen zugänglich macht.

Unterschrift(en)

Ist bereits ein gerichtliches Verfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig?

nein

ja → bei:

Aktenzeichen:

Krankenkasse im Zeitpunkt der Behandlung:

Anlage (bitte unbedingt ausfüllen)

Anlage zur Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich werde/ der Patient wird/ wurde* bei folgenden Ärzten behandelt (bitte **vor- und nachbehandelnde Ärzte** angeben):

Name und Anschrift des Arztes/ Krankenhauses	Fachrichtung bzw. Abteilung/ Chefarzt	Behandlungszeitraum von – bis (bitte möglichst genaue Daten)	stationär/ ambulant	Grund und Art der Behandlung (Stichworte)
--	---------------------------------------	--	---------------------	---

1.

--	--	--	--	--

2.

--	--	--	--	--

3.

--	--	--	--	--

4.

--	--	--	--	--

Hinweise:

Angaben bitte in **Druckschrift**. * **Nichtzutreffendes** bitte streichen. **Weitere Angaben** bitte auf das **nächste Blatt**.

Name und Anschrift des Arztes/ Krankenhauses	Fachrichtung bzw. Abteilung/ Chefarzt	Behandlungszeitraum von – bis (bitte möglichst genaue Daten)	stationär/ ambulant	Grund und Art der Behandlung (Stichworte)
--	---------------------------------------	--	---------------------	---

5.

--	--	--	--	--

6.

--	--	--	--	--

7.

--	--	--	--	--

8.

--	--	--	--	--

9.

--	--	--	--	--