



## **Entbindung von der Schweigepflicht, Erlaubnis zur Datenübermittlung**

**Betr.:** BEM , Berufskrankheit Nr. , Unfall vom

Hiermit entbinde ich die Ärzte, die mich behandelt, untersucht oder begutachtet haben, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Herrn **Rechtsanwalt Reinhard Holtstraeter, Lorichsstr. 17, 22307 Hamburg**. Ich erlaube diesen Ärzten sowie Sozialversicherungsträgern und Versicherungen die Weitergabe der benötigten Gesundheitsdaten an ihn.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und von allen Berichten, Befundunterlagen oder Gutachten Abschriften oder Kopien zur Verfügung gestellt werden. Dies umfasst auch die Akteneinsicht bei meinen Sozialversicherungsträgern und Versicherungen.

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

\_\_\_\_\_ , den \_\_\_\_\_

Unterschrift

---

Arzt:

---

Anschrift:

---

Arzt:

---

Anschrift:

---

Arzt:

---

Anschrift:

---

Rentenversicherung:

---

Aktenzeichen:

---

Anschrift:

---

Berufsgenossenschaft:

---

Aktenzeichen:

---

Anschrift:

---

Arbeitsagentur:

---

Aktenzeichen:

---

Anschrift:

---