

Zurück an:

Ärztlicher Kreisverband
Frohsinnstr. 2
86150 Augsburg

Bitte zurücksenden per Post oder Fax-Nr. 0821 3256 295

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Patienten/Patientin:

Name, Vorname geboren am: wohnhaft in - Ort

Name des Arztes/Ärztin:

Name, Vorname Praxisadresse Straße und Hausnummer

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Schreiben an den/die betreffende(n) Arzt/Ärztin weitergeleitet wird und dass dieser/diese nur zum Zwecke des geschilderten Vorfalls, in diesem Falle meines Beschwerdeschreibens, Auskunft über mich an den Ärztlichen Kreisverband gibt. Mit Abschluss dieser Angelegenheit erlischt diese Entbindung von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort , Datum

Unterschrift

(Bei minderjährigen Patienten bitten wir um Unterschrift beider Elternteile als gesetzlichen Vertreter bzw. des alleine Sorgeberechtigten oder des Vormunds unter Beilegung des entsprechenden Nachweises)

Vermittlungsverfahren

Ich wünsche ein Vermittlungsverfahren nach Art. 37 Heilberufe-Kammergesetz (HKaG).

Zur Beilegung von Streitigkeiten zwischen einem Arzt und einem Nichtarzt, die sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergeben, hat der Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes einen Vermittler zu bestellen. Der Vermittler wird nur auf Antrag eines Beteiligten mit ausdrücklicher Zustimmung der anderen Partei tätig.

Somit ist Voraussetzung, dass beide Parteien mit der Vermittlung einverstanden sind. Das Verfahren ist kostenfrei.

Ort , Datum

Unterschrift