

Gutachterkommission  
für ärztliche Haftpflichtfragen  
bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe  
Gartenstraße 210–214

48147 Münster

## Erklärung

zu meinem Antrag vom \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe

1. a) die meinen/unseren Antrag betreffenden Krankenunterlagen, z. B. ärztliche Aufzeichnungen, Gutachten, Krankenblätter, Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen, Untersuchungsbefunde,  
b) Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich/ \_\_\_\_\_ in Behandlung war oder bin/ist,  
c) Akten von Behörden und Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich/ \_\_\_\_\_ befinden können,

zur Verwertung in ihrem Verfahren heranzieht.

2. Ich/wir entbinde(n) zugleich alle behandelnden und untersuchenden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger aller Art und Behörden von der Pflicht der Verschwiegenheit.
3. a) Nach meinem/unserem Wissen war oder ist das in meinem/unserem Antrag Vorgetragene nicht bei einem Zivilgericht rechtshängig.  
b) Nach meinem/unserem Wissen ist oder war ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren wegen des von mir/uns Vorgetragenen nicht anhängig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift mit Namen und Vornamen