

Beiblatt zur Dokumentation

Patientin/Patient

Name

Geburtsdatum

Datum der Untersuchung

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, dass die heutige Untersuchung mit meinem Einverständnis erfolgte. Sofern es für das von mir berichtete Geschehen sinnvoll ist, erkläre ich mich auch einverstanden mit einer Fotodokumentation und mit der Sicherstellung von Spuren/Spurenrägern, da deren Auswertung als Beweis später wichtig werden kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Entbindung von der Schweigepflicht

Die jetzt durchgeführte Untersuchung einschließlich der Sicherstellung von Spuren wurde zunächst im Rahmen einer ärztlichen Behandlung durchgeführt und unterliegt damit der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Mitteilung über die Untersuchung oder eine Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an andere Personen oder an die Ermittlungsbehörden kann daher nur nach ausdrücklicher Entbindung von der Schweigepflicht oder auf richterliche Anordnung hin erfolgen.

Mit der Entbindung der hier untersuchenden und behandelnden Ärzte/Ärztinnen sowie des Assistenzpersonals von der Schweigepflicht gemäß § 53 Abs.1 Ziffer 3 Abs.2 StPO insbesondere gegenüber den Ermittlungsbehörden (z.B. Polizei) sowie dem Gericht erkläre ich mich derzeit

- einverstanden *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*
- nicht einverstanden

Ich weiß, dass ich mein Einverständnis auch nachträglich geben bzw. jederzeit widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift