

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
- Honorarausschuss -  
Postfach 29 26  
55019 Mainz

## Entbindung von der Schweigepflicht

im beantragten Honorarprüfungsverfahren  
betreffend der Rechnungstellung durch

Praxis/Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name des Arztes/der Ärztin: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich den Arzt/die Ärztin und sonstige Personen von ihrer

### **S c h w e i g e p f l i c h t**

gegenüber den Beteiligten des Verfahrens vor dem Honorarausschuss der Landesärztekammer, den Mitgliedern des Honorarausschusses sowie gegenüber Dritten, die im Rahmen des Verfahrens vor dem Honorarausschuss von den vorgenannten Personen hinzugezogen werden.

Hierzu gehören insbesondere die mit der Wahrnehmung der Interessen der Beteiligten befasste Dritte wie z.B. Krankenhausträger, Abrechnungsstellen, Rechtsanwälte, Versicherungen, Beihilfestellen und Hilfskräfte (Schreibkräfte) und von dem Honorarausschuss beauftragte Sachverständige und Hilfskräfte.

---

Vorname/Name der Patientin/des Patienten (Zahlungspflichtige/er), Anschrift (Straße, PLZ/Ort) in Druckschrift

---

Datum

Unterschrift