

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich, _____
geb. am _____
wohnhaft in _____
den Arzt/die Ärztin _____
bzw. die Einrichtung _____
welche/r mich aus Anlass des/der _____
vom _____

behandelt hat bzw. behandeln wird, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

1. den beteiligten Versicherungsgesellschaften
2. den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
3. den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass der Arzt/die Ärztin Auskunft und Stellungnahme schriftlich erteilt und davon jeweils eine Kopie der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei zusendet.

(Ort / Datum)

(Unterschrift Mandant/in)