

# Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

im Zusammenhang mit

\_\_\_\_\_

(die Behandlung auslösendes Ereignis)

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_

(Vorname, Nachname Mandant/Patient)

\_\_\_\_\_

(geboren am)

\_\_\_\_\_

(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_

(PLZ, Ort)

meine(n) Behandler

\_\_\_\_\_

(Vorname, Nachname Arzt bzw. Klinik)

\_\_\_\_\_

(Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_

(PLZ, Ort)

von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit dem o.a. Ereignis im Zusammenhang stehen, an

- die beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- die beteiligten Gerichte und Strafverfolgungsbehörden sowie
- die beteiligten Rechtsanwälte

erteilt werden. Dies unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt werden und die von mir beauftragten Rechtsanwälte die Auskunft ebenfalls erhalten.

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Mandant/Patient)