

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)