

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

die beteiligten Ärzte und Therapeuten von der ärztlichen Schweigepflicht über meine medizinischen Daten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass den beteiligten Gerichten, Versicherungsgesellschaften, Berufsgenossenschaften und Rechtsanwälten alle Auskünfte über die Behandlung erteilt werden.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht steht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und meiner Rechtsanwältin unaufgefordert eine Abschrift der jeweiligen Auskunft zugestellt wird.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)