

Erklärung
über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: _____

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und die Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen, - und zwar einschließlich Vorerkrankungen -.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind den

Rechtsanwälten
Noack • Eichler • Mors & Partner
Schulzendorferstraße 1, 13347 Berlin

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

....., den,
Unterschrift