

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Vorgang vom _____ in _____
Datum Ort

Hiermit entbinde ich,

Frau Herr

Nachname, ggf. Geburtsname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

den behandelnden Arzt

Frau Herr

Nachname, ggf. Geburtsname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit dem o.g. Vorgang im Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können. Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass die von mir beauftragte Rechtsanwaltskanzlei Kilinc, Große Str. 10, 27299 Langwedel mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte bzw. Unterlagen erhält.

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....