Erklärung

über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

SOZIETÄT
Wortmann & Kollegen
RECHTSANWÄLTE · FACHANWÄLTE · NOTARIN

Betr. ☐ ambulante Behandlung ☐ stationäre Behandlung

Wegen:

Hiermit entbinde ich betreffend das vorgenannte Behandlungsgeschehen nebst allen damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen alle mich - ggf. auch künftig - behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angebörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre micch damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Behandlungsgeschehen im Zusammenhang stehen, - und zwar einschließlich Vor-erkrankungen-. Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind dem bevollmächtigten Rechtanswalt

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

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Tel.

, den

Unterschrift _____