

Erklärung
über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft: _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, 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 bevollmächtigten STEIN & PARTNER Rechtsanwälte mbB, Maria Rast, Bischof-Hemmerle-Weg 9, 52076 Aachen, Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

....., den

.....

(Unterschrift)