

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

für Rechtsanwalt, Behörden, Versicherungen, Gerichte

Ich,

| | |
|------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Strasse, Hausnr. | |
| PLZ, Wohnort | |

entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Heil- und Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, Gutachter, die mich aufgrund

(z.B.. Bezeichnung der Erkrankungen oder Unfall vom ...)

untersuchen, beraten oder behandeln oder untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht - auch über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)