

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Betreff:

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung aus Anlass des oben bezeichneten Ereignisses beteiligt waren und in Zukunft beteiligt werden von ihrer Schweigepflicht, insbesondere gegenüber der von mir beauftragten sowie der unten bezeichneten beteiligten Versicherungsgesellschaft und den von dieser Gesellschaft zugezogenen Ärzten, auch über meinen Tod hinaus.

Außerdem ermächtige ich Versicherungen, Versicherungsträger und Behörden der beteiligten Versicherungsgesellschaft sowie den beauftragten Rechtsanwälten die erforderlichen Auskünfte zu erteilen, insbesondere auch ärztliche Atteste und Gutachten herauszugeben.

Die Schweigepflichtsentbindungserklärung und Auskunftsermächtigung erteile ich unter der Bedingung, dass alle ärztlichen Atteste, Gutachten, Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilt werden und die von mir beauftragte Rechtsanwaltskanzlei Gabriele Ebert, Burgthanner Straße 66, 90559 Burgthann jeweils eine Zweitschrift erhält.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)