

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
.....

alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit der Angelegenheit

in..... vom

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- a. den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b. den beteiligten Gerichten und Behörden,
- c. den beteiligten Rechtsanwälten und

unter der Bedingung, dass der von mir bevollmächtigte *Rechtsanwalt*

RAin Brigitte Rode-Wehrbein
Am Reitplatz 3b
49453 Wetschen
Tel.: 05446/ 90 30 60 Fax: 05446/90 30 61
Kanzlei.Rode@T-online.de

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund,

an

herausgegeben und in meiner Rechtsangelegenheit verwertet werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

....., den,
..... (Unterschrift)