

Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Betr: Behandlung wegen: _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt.

RA Steffen Wündisch Nickel

Marktstraße 1-3,

45711 Datteln

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der o.g. Behandlung stehen.

Aus ausdrückliches Verlangen meines Bevollmächtigten dürfen diesem Abschriften von Berichten, Auskünften und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit widerrufen werden kann.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)