

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

.....
(Name, Adresse)

alle Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern, die mich im Zusammenhang mit dem

..... vom
(Ereignis) (Datum)

behandelt haben oder behandeln werden, gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Versicherungsgesellschaften und Gerichten von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei Jörg Lengnick, Wittekindstr. 41, 30449 Hannover, jeweils in Kopie übersandt werden.

....., den
(Ort) (Datum)

.....
(Unterschrift)