

## Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name der/des Patienten/Patientin: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

wegen: \_\_\_\_\_

Herrn/Frau/Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich den/die oben genannten Arzt/Ärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie die Bediensteten von Krankenanstalten und auch künftig behandelnden Ärzte aus Anlass der unter „wegen“ näher bezeichneten medizinischen Maßnahme von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den oben genannten medizinischen Maßnahmen im Zusammenhang stehen, von den vorgenannten Berufsheimnisträgern an die Rechtsanwälte der

Rechtsanwalts-Sozietät Börgel, Friedrichstraße 12, 33175 Bad Lippspringe, Strafverfolgungsbehörden, Versicherungsgesellschaften, beteiligten Gerichten und allen weiteren Stellen und Behörden, die mit der Schadensregulierung beauftragt oder befasst sind, erteilt werden.

Das Einverständnis steht unter der Bedingung, dass die Rechtsanwalts-Sozietät Börgel mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben (ggf. gegen Kostenerstattung) erhält.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift