

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

(voller Name, Geburtsdatum, Anschrift)

in Sachen:

(Angabe des Anlasses zur Entbindung von der Schweigepflicht)

den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte und/oder andere Heilbedienstete sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden

(genaue Bezeichnung des Arztes, Anschrift)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Verschwiegenheitspflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Kanzlei

Blume Rechtsanwälte
Weißenseer Weg 37, 13055 Berlin und
Mirastraße 50/52, 13509 Berlin
Tel: 030 / 52 13 90 25
Fax: 030 / 52 13 94 07

auf deren Anforderung (in Kopie) zugesandt werden. Etwaige hierfür anfallende Kosten/Gebühren sind mir persönlich in Rechnung zu stellen und werden direkt von mir beglichen.

Der/die vorgenannten Arzt/Ärzte, Angehörige(n) von Heilberufen sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten und Behörden ist/sind befugt der oben genannten Kanzlei über sämtliche Umstände – einschl. Vorerkrankungen – Auskunft zu erteilen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift, evtl. gesetzl. Vertreter)