

ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

folgende Ärzte/Angehörige der Heilberufe/Angestellte von
Krankenhäusern/Pflegeeinrichtungen etc.

.....

.....

.....

in Bezug auf die Behandlung aus folgendem Anlass

..... vom.....

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 die von mir bevollmächtigte

Kanzlei

Rechtsanwälte Donath-Franke

Alter Steinweg 5, 08056 Zwickau

Tel.: 0375/2304520 Fax: 0375/2304521

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

....., den

.....

(Unterschrift)