

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name _____ geboren am _____

Anschrift _____

die nachfolgenden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie die Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und den Rechtsanwälten Dr. Webers & Hieronymus von ihrer Schweigepflicht. Diese umfasst auch unfallabhängige Gebrechen und gilt über meinen Tod hinaus. Ich erkläre mich ebenfalls damit einverstanden, dass die beteiligten Rechtsanwälte zur Beurteilung des Sachverhaltes die medizinischen Unterlagen Dritten zugänglich machen.

Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte, Zahnärzte und anderen Stellen

Ort, Datum

Unterschrift