

Schweigepflichtentbindungserklärung

Betrifft: Vorfall vom in

Hiermit entbinde ich,

- ♦ Name _____
 - ♦ Geb.- Datum _____
 - ♦ Adresse _____

 - ♦ Dr. med. _____
 - ♦ die mich behandelnden Ärzte im _____
- _____

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem oben bezeichneten Vorfall in Zusammenhang stehen.

Voraussetzung ist, dass meine Bevollmächtigten, die RAe Kröhnert & Rehorst, Philippstr. 15 in 32257 Bünde, von erteilten Auskünften unaufgefordert und kostenfrei Abschriften erhalten.

Datum Unterschrift:.....