
Name:
Strasse:
Plz – Ort:
geb. am:

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr. Ambulante ärztliche Behandlung
von - bis:
bei:

Hier entbinde ich alle Ärzte, die mich während der o.g. ambulanten ärztlichen Behandlung und der damit im Zusammenhang stehenden Nachbehandlungen bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht; und zwar gegenüber:

- a. den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b. den beteiligten Gerichten
- c. den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen.

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, daß alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der o.g. Behandlung stehen. Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Auskunftsermächtigung erteile ich unter der Bedingung, daß alle ärztlichen Atteste, Gutachten, Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilt werden und der von mir beauftragte Rechtsanwalt - Dr. W. Seehafer, 28209 Bremen, Fitgerstraße 4 - jeweils eine Zweitschrift erhält.

Bremen, d,

.....
Unterschrift