

ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit entbinde

ich (Patient / Proband) _____

vertreten durch _____

Anschrift _____

in Sachen _____

wegen _____

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht – dies auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden,

dass die mich betreffenden Krankenpapiere, Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztlichen Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten, sowie Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art (auch Kranken-, Unfall- und Lebensversicherer), in denen sich medizinische Unterlagen befinden, an die Rechtsanwaltskanzlei

adamfischer
rechtsanwälte | steuerberater in Partnerschaft

dort Herrn Rechtsanwalt / Frau Rechtsanwältin _____

zur Verwertung in vorstehender Angelegenheit herausgegeben werden.

Für hierdurch entstehende Kosten sage ich mich stark; die Ermächtigung endet nach zehn Jahren.

_____, den _____

Unterschrift/en