

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

In der Sache

entbinde ich,

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, Gutachter, die mich in den letzten zehn Jahren untersucht, beraten oder behandelt haben von dessen / deren ärztlicher Schweigepflicht

gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- den beteiligten Rechtsanwälten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankengeschichte, Krankenblätter, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten,
- Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich befinden könnten,
- Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten oder Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin,

an die von mir beauftragten

**Rechtsanwalt Gunther Hildebrandt,
Büro Berlin-Neukölln, Walterstr. 26, 12051 Berlin,
Tel. 030 / 233 67 99-0, Fax 030 / 233 67 99-1,**

herausgegeben werden und diese zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Stempel / Unterschrift)