

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name _____

geboren am _____

Adresse _____

die Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe, die mich

aus Anlass _____

untersucht oder behandelt haben oder im Laufe des Verfahrens untersuchen oder behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindungserklärung erstreckt sich gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafvollstreckungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Maßgabe, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie den von mir beauftragten

Rechtsanwältinnen Monika Tropp & Petra Thielmann, Mühlpfad 7, 35745 Herborn

zuleiten. Gleiches gilt auch für die Bediensteten von Krankenanstalten, Krankenkassen und Behörden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)