

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Mit dieser Erklärung entbinde ich,

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum/-ort: _____,

alle behandelnden und untersuchenden Ärzte, Pflegepersonal und andere medizinische Berufsgruppen, die einer Verschwiegenheitspflicht unterliegen, von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Versicherungsmaklern, Sozialbehörden, Schlichtungsstellen (z.B. der Ärzte-/Zahnärztekammern) Gerichten und Strafverfolgungsbehörden. Diese Entbindungserklärung ist jederzeit von mir widerrufbar.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten soll der

Fachkanzlei Dr. Hollitzer & Hiller Partnerschaft Rechtsanwälte mbB
Holtenauer Straße 114a, 24105 Kiel

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

(Ort / Datum)

(Unterschrift)