

ERKLÄRUNG

über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Angelegenheit: _____

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname: _____

Straße/Hausnummer _____

Postleitzahl/Wohnort: _____

Geburtstag: _____

alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, den Gerichten, den Strafverfolgungsbehörden, den Sozialversicherungsträgern und den beauftragten Gutachtern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit der oben bezeichneten Angelegenheit im Zusammenhang stehen. Dies gilt auch für Vorerkrankungen. Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind der Rechtsanwaltskanzlei

Buck, Dr. Moewert & Uhrig,

| | | | |
|-------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|
| Kanzlei Heidenheim: | Wilhelmstraße 104, | 89518 Heidenheim, | Tel. 07321 2773-20 |
| Kanzlei Gerstetten: | Osterstraße 1, | 89547 Gerstetten, | Tel. 07323 9520-20 |
| Kanzlei Herbrechtingen: | Lange Straße 9, | 89542 Herbrechtingen, | Tel. 07324-9891872 |

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Meine Entbindungserklärung gilt auch über den Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)