



Ärztliche Schweigepflichtentbindungserklärung

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Anschrift: _____
Behandlungsanlass: _____

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Zahnärzte, Psychologen und Psychotherapeuten, Bedienstete von Krankenhäusern und Angehörige anderer Heilberufe, die mich aus dem oben bezeichnetem Anlass behandelt haben oder mich noch behandeln werden, von ihrer Pflicht zur ärztlichen Verschwiegenheit.

Ich ermächtige sie,

- der Anwaltskanzlei Werler,
- den Gerichten
- den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern,
- der Staatsanwaltschaft,
- der Polizei,
- der Versicherung: _____
- der Krankenkasse: _____
- Sonstigen: _____

alle von dort erbetenen Informationen und Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift