

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,, geb.....
alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Unfall/Vorfall vom.....
behandelt haben, behandeln oder behandeln werden gegenüber den beteiligten

- Rechtsanwälten,
- Strafverfolgungsbehörden und
- Gerichten

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt
und der von mir beauftragten

Kanzlei am Markt

Julia Rösner | Christian Müller

Rechtsanwälte

Markt 22/23

23758 Oldenburg in Holstein

Telefon: +49 (0) 43 61 – 62 62 380

Telefax: +49 (0) 43 61 – 62 62 390

E-Mail: info@roesner-mueller.de

jeweils in Kopie übersandt werden.

Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen
Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort | Datum | Unterschrift)