

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte von Ihrer Schweigepflicht, die mich im Zusammenhang mit

behandelt haben, noch behandeln oder nachbehandeln, gegenüber Ärzten, Rechtsanwälten, Gerichten und gegenüber Gutachtern von ihrer Schweigepflicht.

Mit der Heranziehung sämtlicher Patientenunterlagen durch meinen Rechtsanwalt, durch das Gericht, durch die Krankenversicherung, andere Ärzte, insbesondere die des MDK und gegnerische Rechtsanwälte erkläre ich mich einverstanden.

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Ort, Datum

Unterschrift