

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

sämtliche Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten  
Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden sowie  
Rechtsanwälten und Rechtsanwältinnen

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_