

Entbindungserklärung

Ärztliche Schweigepflicht

Ich entbinde alle Ärzte, die mich anlässlich meines Krankenhausaufenthaltes / meiner Notaufnahmebehandlung und/oder allgemeiner ärztlichen Betreuung / Behandlung,

vom _____ bis _____

wegen _____

behandelt haben, bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Entbindung gilt gegenüber den Beteiligten

- Versicherungsgesellschaften
- Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- Rechtsanwälten

unter der Bedingung, das die Ärzte die Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils eine Kopie der von mir bevollmächtigten

Höss | Rechtsanwälte

Relenbergstraße 59
D - 70174 Stuttgart

Telefon: +49 (0)711 469058-90
Telefax: +49 (0)711 469058-97

E-Mail: post@kanzleihoess.de
Internet: www.kanzleihoess.de

zusenden.

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Ort, Datum

Mandant