

Entbindungserklärung

Ärztliche Schweigepflicht

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

vom.....

wegen.....

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

Diese Entbindung gilt gegenüber den Beteiligten

- Versicherungsgesellschaften
- Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- Rechtsanwälten

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

Höss|Rechtsanwälte, Relenbergstraße 59, D-70174 Stuttgart
Telefon +49 (0)711 722 35 227, Telefax +49 (0)711 722 35 220
E-Mail post@kanzleihoess.de Web www.kanzleihoess.de

zusenden.

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte:

1.

2.

3.

4.

Name, Vorname

Geb. Datum Anschrift:

.....
Unterschrift

.....
Ort, Datum