

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff:

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und die Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen, und zwar einschließlich Vorerkrankungen.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind der

Rechtsanwältin Moradi

Gneisenaustraße 51

10961 Berlin

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

.....

Ort, Datum

Unterschrift