

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte/ und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

entbinde ich,

Herr/Frau -----

wohnhaft in -----

geboren am -----

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht und zwar auch über meinen Tod hinaus. Ich bin damit einverstanden, dass der von mir beauftragten

Anwaltskanzlei Heike Neck, Landstr. 7, 37133 Friedland

alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang dem unten genannten Ereignisses stehen oder stehen könnten - einschließlich Vorerkrankungen - und ihr Abschriften von Berichten und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

Die Erklärung bezieht sich auf

(Ort, Datum)

(Unterschrift; ggf. gesetzl. Vertreter)