

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich entbinde hiermit die nachstehend genannten Ärzte, die mich,

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Berufliche Tätigkeit/Art der Beschäftigung: _____,

aufgrund _____ behandelt haben, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten der Kanzlei Dr. Kruse & Partner, Bergischer Ring 11, 58095 Hagen.

Name und Anschrift(en) des Arztes/der Ärzte lauten:

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gilt ferner gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- den beteiligten Rechtsanwälten,
- weiteren Dritten _____.

Ort, Datum

Unterschrift