

Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte sowie das ärztliche und nichtärztliche Personal nachfolgend genannter Krankenhäuser

von ihrer gesetzlichen und vertraglichen ärztlichen Schweigepflicht.

Anlass für diese Erklärung ist die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus

Diese Entbindung gilt gegenüber den Rechtsanwälten Maß & Maß sowie allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten, Sozialleistungsträgern, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und ärztlichen Gutachtern. Die Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Die Rechtsanwälte Maß & Maß, Herzogsfreudenweg 3a, 53125 Bonn, sind berechtigt, diese Erklärung jeweils entsprechend dem Stand der Bearbeitung zu ergänzen und vervollständigen.

Ort, Datum

Unterschrift