

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich entbinde sämtliche Ärzte / Angehörige anderer Heilberufe, die mich wegen

.....vom.....

Unfall / Vorfall / sonst. Grund der ärztlichen Behandlung

bitte mit Datum !!!

behandelt haben bzw. behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber den

- Rechtsanwälten Baumgärtner Pasemann Ruppert, Nürnberger Str. 29, Zirndorf
- beteiligten Versicherungsgesellschaften
- beteiligten Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, sonstigen Behörden
- Krankenversicherungen, Sozialleistungsträgern

unter der Bedingung, dass die Rechtsanwälte Baumgärtner Pasemann Ruppert auf Anforderung eine Kopie der schriftlichen Auskünfte / Stellungnahmen erhalten.
Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Vorname, Nachname.....

Geburtsdatum.....

Anschrift.....

....., den.....

Ort

Datum

Unterschrift