

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Herr / Frau

whft. in

geb. am

entbinde hiermit aus Anlass des

.....
(Unfalls / Vorfall / Ereigniss vom)

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenhäusern und Gesundheitsämtern, Gutachter, Versicherungsträger, Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Behörden von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber Rechtsanwalt Jens Osterloh, Berliner Str. 109, 14467 Potsdam. Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten,
- Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden könnten,
- Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten oder Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin,

und Abschriften hiervon an meinen bevollmächtigten Rechtsanwalt Jens Osterloh herausgegeben werden. Ich erkläre mich einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte – einschließlich Vorerkrankungen - erteilt werden, die mit dem obigen Anlass im Zusammenhang stehen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift