

Erklärung zur Entbindung behandelnder Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich, _____,

wohnhaft in _____,

dass ich sämtliche, mich in der Vergangenheit und künftig behandelnden Ärzte/Psychologen/Heilpraktiker und andere Heilberufstätige einschließlich ihrer Hilfspersonen, auch über meinen Tod hinaus, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbinde. Die Befreiung gilt gegenüber:

Rechtsanwalt Dr. Alexander T. Schäfer

bürgle schäfer RECHTSANWÄLTE, Hochstraße 17, 60313 Frankfurt

Der Rechtsanwalt ist berechtigt, in meinem Namen die Entbindung in Bezug auf weitere Personen, insbesondere Versicherer und andere Rechtsanwälte sowie Behörden und Gerichte, auszudehnen, soweit dies im Rahmen des erteilten Mandats erforderlich ist.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)