

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff:.....

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Anschrift:

alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und die Angehörigen anderer Heilberufe, sowie die Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, Herrn Falk Porsche, sowie den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Anlaß im Zusammenhang stehen – einschließlich der Vorerkrankungen.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind meinem Rechtsanwalt,

**Herrn RA Falk Porsche,
Straßmannstr. 44,
10249 Berlin,
Tel.: 0173/ 6238578**

Abschriften zur Verfügung zu stellen.

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift