

Erklärung

über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit anlässlich des _____
folgende Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten und Pflegeheime, einschließlich deren Bediensteten, Pflegepersonals und Angehörigen anderer Heilberufe:

(Namen und Anschriften)

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- meiner Rechtsanwältin Manuela Hanke und deren Angestellten sowie
- der beteiligten Versicherungsgesellschaft _____

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind der von mir beauftragten

Anwaltskanzlei Hanke

Rechtsanwältin Manuela Hanke

Lampestraße 3, 04107 Leipzig

Tel.: 03 41 / 9643 560, Fax: 03 41 / 9643 566

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Ort/Datum)

.....
(Unterschrift)