

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich,

Vorname	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>

den/die nachfolgenden Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten

genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

die mich aus Anlass des Unfalls/Vorfalles/der ärztlichen Behandlung vom

behandelt haben, von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt werden und unter der Auflage, den von mir beauftragten Rechtsanwälten

von Lucke & Partner Rechtsanwälte

Von-Kühlmannstr. 1

86899 Landsberg am Lech,

ärztliche Berichte zuzusenden.

Der/die vorgenannte(n) Angehörige(n) der Heilberufe sowie Bedienstete(n) von Krankenanstalten ist/sind befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und Sozialleistungsträgern über alle Umstände Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift