



TÖLLE & MELCHIOR

RECHTSANWÄLTE · FACHANWÄLTE
STEUERBERATER · NOTAR

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich entbinde hiermit

Dr. med.

in

von der ärztlichen Schweigepflicht anlässlich meiner Behandlung vom bis

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem Schadenfall in Zusammenhang stehen.

Die Erklärung gilt auch für folgende vor- bzw. nachbehandelnden Ärzte, deren Auskunft für die Beurteilung des Vorgangs von Bedeutung sein könnte:

.....
.....
.....

Die Entbindung gilt gegenüber folgenden mit dem Schadenfall befassten Personen:

1. Versicherer: Schaden-Nr.:

2. Rechtsanwälte Tölle & Melchior, Moltkestr. 2, 32756 Detmold

3. Gericht:

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt unter der Voraussetzung, dass den von mir beauftragten Rechtsanwälten von allen Auskünften unaufgefordert Abschriften erteilt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift