

Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Zur Akte:

Aktenzeichen:

Bezeichnung des Mandanten / der Mandantin:

.....

Vor- und Nachname

.....

Anschrift

Behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin:

.....

Vor- und Nachname

.....

Anschrift

Hiermit entbinde ich den oben genannten Arzt / die oben genannte Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit stehen.

Hannover, den

.....

Unterschrift Mandant/in