

ENTBINDUNGSERKLÄRUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ich,

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich anlässlich meines Krankenhausaufenthaltes/meiner Notaufnahmebehandlung und/oder allgemeiner ärztlicher Betreuung/Behandlung

im Zeitraum

wegen

behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Entbindung gilt gegenüber den beteiligten

- Versicherungsgesellschaften,
- Gerichten und Strafverfolgungsbehörden, sowie
- Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die Ärzte die Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils eine Kopie der von mir bevollmächtigten Kanzlei **Höss | Rechtsanwälte**, Neue Weinsteige 2, 70180 Stuttgart (Telefax: 0711/72235220; E-Mail: post@kanzleihoess.de) zusenden.

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Hinweis: Sollte der Platz auf diesem Formular nicht ausreichen, so ist ein weiteres Formular auszufüllen und die Formulare sind entsprechend zu nummerieren bzw. mit Seitenzahlen zu versehen und jedes Formular ist gesondert zu unterzeichnen.