Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff:……

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Anschrift:

alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und die Angehörigen anderer Heilberufe, sowie die Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Rechtsanwaltskanzlei Minner, sowie den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen – einschließlich der Vorerkrankungen.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind der Rechtsanwaltskanzlei Minner,

Frau Rechtsanwältin Eileen Minner
Leipziger Straße 46
10117 Berlin

Abschriften zur Verfügung zu stellen.

Diese Erklärung gilt über den Tod hinaus.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift