

| | |
|--|--|
| ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT- ENTBINDUNGSERKLÄRUNG | |
|--|--|

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Geburtsort: _____
Anschrift: _____
Behandlungsanlass: _____

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Bedienstete von Krankenhäusern, Psychologen und Psychotherapeuten, die mich aus oben bezeichnetem Anlass behandelt haben oder mich noch behandeln werden, von ihrer Pflicht zur ärztlichen Verschwiegenheit.

Ich ermächtige Sie,

- der Anwaltskanzlei **KUCKLICK Rechtsanwälte eGmbH**,
- den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern,
- den Gerichten,
- der Staatsanwaltschaft,
- der Polizei,
- der Krankenkasse: _____
- der Versicherung: _____
- Sonstigen: _____

alle von dort erbetenen Informationen zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift