

Dr. Ortwin Krause
Rechtsanwalt
Ritterstraße 23, 25524 Itzehoe
Tel. 0 48 21 6 81 10
Fax 0 48 21 64 12 02
info@ra-dr-krause.de

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich _____
(Nachname, Vorname)

(Anschrift)

geboren am _____
(Datum TT.MM.JJJJ)

den mich behandelnden Arzt/die mich behandelnden Ärzte

1. _____
(Nachname, Vorname sowie Fachrichtung des Arztes sowie ggfs. Name der Klinik)

(Straße, PLZ, Ort)

2. _____
(Nachname, Vorname sowie Fachrichtung des Arztes sowie ggfs. Name der Klinik)

(Straße, PLZ, Ort)

3. _____
(Nachname, Vorname sowie Fachrichtung des Arztes sowie ggfs. Name der Klinik)

(Straße, PLZ, Ort)

betreffend des Schadenfalls/Unfallereignisses/Rentenantrags/Schwerbehindertenantrags

(Ereignis)

vom _____ von der ärztlichen Schweigepflicht.
(Datum TT.MM.JJJJ)

Der genannte Arzt ist/die genannten Ärzte sind befugt, bezogen auf den vorgenannten Schadenfalls/auf das vorgenannte Unfallereignis/den genannten Antrag Auskünfte zu meinem Gesundheitszustand gegenüber folgender Person/Institution zu erteilen:

(Nachname, Vorname oder Bezeichnung der juristischen Person)

(Straße, PLZ, Ort)

Ort, Datum

Unterschrift