



## **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflichtung**

Hiermit entbinde ich, ....., wohnhaft in .....,  
die mich behandelnden Ärzte, sowie nachgeordnet ärztliche und nicht ärztliche  
Beschäftigte von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erteile Herrn Rechtsanwalt  
.....die Berechtigung,

1. alle Patientenunterlagen, alle Gutachten, alle mit meinen Behandlungen im Zusammenhang stehenden Dokumentationen anzufordern und in Empfang zu nehmen,
2. alle Patientenunterlagen, alle Gutachten, alle mit meinen Behandlungen im Zusammenhang stehenden Dokumentationen vor Ort einzusehen,
3. alle meine Behandlungen betreffenden mündlichen Fragen zu stellen und Erklärungen entgegen zu nehmen,
4. die vorgenannten Personen auch gegenüber Behörden, Versicherungen und sonstigen Dritten von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift