

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

AZ:

Den bzw. die nachfolgend benannten Ärzte, Zahnärzte und bzw. oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern und Behörden

.....
.....
.....
.....

(genauer Name, Vorname, Anschrift)

entbinde ich

.....
.....
.....
.....

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Erklärenden)

hiermit von seiner bzw. ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber

**DR. GREGOR, RECHTSANWALT
MARKTALLEE 88, 48165 MÜNSTER**

und dem

.....
ggf. Name des Gerichts und Aktenzeichen

samt der Ermächtigung alle gesundheitlichen Daten, die für die Angelegenheit relevant sind, weiterzugeben.

Die vorgenannten Angehörigen der Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenhäusern und Behörden sind auch befugt, allen als Beteiligte in Betracht kommenden Gerichten (einschließlich beauftragter Gutachter/innen) und Strafverfolgungsbehörden über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen – Auskunft zu geben.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Münster, den

.....
Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)