

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

AZ:

Den bzw. die nachfolgend benannten Ärzte, Zahnärzte und deren
Hilfspersonen sowie 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, einschließlich der
Herausgabe aller einschlägigen Krankenunterlagen.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.
Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Münster, den

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