

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Anschrift:

.....

geb. am:

meine behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht bzgl.

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

sowie damit evtl. im Zusammenhang stehender Vor- oder Folgeerkrankungen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Auskünfte sollen insbesondere erteilen (Name und Anschrift des Arztes):

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

Voraussetzung für die Entbindung ist, dass meinen Bevollmächtigten, den **Rechtsanwälten Dr. Fenner Bockhöfer Henkys, Würde 11, 26789 Leer**, jeweils eine Abschrift jeder ärztlichen Stellungnahme, insbesondere von jedem ärztlichen Bericht, Gutachten etc. zugestellt wird.

Leer, den

Unterschrift