

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, _____

geboren am: _____

wohnhaft: _____

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, Gutachter, die mich im Zusammenhang mit

_____ vom _____

untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten

Herrn Rechtsanwalt Andreas Gausmann, Nobbenburger Str. 15, 49076 Osnabrück, Tel.: 0541/76028770, Fax: 0541/76028779, E-Mail: kanzlei@ra-gausmann.com

jeweils in Kopie übersandt werden.

Die Schweigepflichtentbindungserklärung bezieht sich auch auf die Angehörigen von Renten-, Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

Unterschrift