

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die an der streitbefangenen medizinischen Behandlung

Bei/im Krankenhaus _____

in der Zeit vom _____ bis _____

sowie an der Vor- und Nachbehandlung beteiligt waren bzw. beteiligt sein werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Aufklärung des Falles und der Regulierung von Ersatzansprüchen befassten

- Gerichten
- Parteien, Nebenintervenienten und deren Prozessbevollmächtigten
- Versicherungsgesellschaften
- Sachverständigen

Ort, Datum

Unterschrift