

# ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ich,

*Name, Vorname:* \_\_\_\_\_

*Straße:* \_\_\_\_\_

*Plz, Ort:* \_\_\_\_\_

*geb. am:* \_\_\_\_\_

*Beruf:* \_\_\_\_\_

entbinde hiermit in der Sache \_\_\_\_\_

alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – sowie hierzu Anlass besteht – Angaben auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle erhalten muss.

Auch insoweit entbinde ich alle behandelnden Ärzte uneingeschränkt von ihrer Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den Rechtsanwälten

**Dietzmann Hesse Dr. Buchmann und Partner mbB,  
Franziskanerstraße 11, 57462 Olpe,  
Tel: 02761 83 53-0, Fax: 02761 83 53-43**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass die erstellten Gutachten anderen Ärzten zugänglich gemacht werden.

Olpe, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)