

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass

behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden, den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen, den beteiligten weiteren Ärzten/Gutachtern und Kliniken.

Es handelt sich bei der Entbindung insbesondere um die mich behandelnden Ärzte:

Die Schweigepflichtentbindung erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Verfolgung meiner rechtlichen Ansprüche im Hinblick auf das oben näher beschriebene Ereignis.

Zugleich gestatte ich, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten

Dr. Grantz, Hoffmeyer & Partner

Johanniswall 2

27283 Verden

zusenden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift: _

Ort/Datum/Unterschrift