

**Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich,

Name:

geboren am:

wohnhaft:

sämtliche, mich im Zeitraum vom

bis

behandelnden Kliniken und Ärzte sowie deren gesamtes Hilfspersonal

insbesondere

Name (1):

Anschrift (1):

Name (2):

Anschrift (2):

Name (3):

Anschrift (3):

Name (4):

Anschrift (4):

sowie meine Krankenkasse

von Ihrer Schweigepflicht und willige ein, dass diese sämtliche Behandlungsunterlagen inklusive Krankenakte, Befundberichte, Arztbriefe, Honorarabrechnungen, etc. zum Zwecke der rechtlichen Prüfung und Einsichtnahme an Rechtsanwalt Jürgen Wahl, Kaiserstraße 29, 63065 Offenbach herausgeben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift