



Rechtsanwaltskanzlei Dr. Kerstin Reinacher

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße Postleitzahl, Ort

entbinde nachfolgend benannte Ärzte sowie Angestellte von Krankenanstalten,
Krankenhäuser und Behörden (genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte usw.)

-
-
-

von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Voraussetzung, dass die
Auskünfte nur schriftlich erteilt und der von mir beauftragten Rechtsanwältin Frau Dr. Kerstin
Reinacher, Bahnhofsring 37, 76676 Graben-Neudorf, auf deren Aufforderung in Kopie oder
Abschrift zugesandt werden.

Die oben freiwillig abgegebene Erklärung ist für die Geltendmachung von
Schadenersatzansprüchen aus dem Vorfall/Unfall vom.....

Die oben aufgeführten Ärzte sind berechtigt, allen als Beteiligten in Betracht kommenden
Versicherungsgesellschaften und Gerichten sowie meine Rechtsanwälte über alle Umstände
– einschließlich meiner Vorerkrankungen- Auskunft zu geben, die mit dem obigen Anlass im
Zusammenhang stehen oder stehen. Meine Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Ort, Datum Unterschrift

Name:

Anrede: Frau Herr Eheleute eingetr. Partnerschaft

Name, Vorname Name, Vorname