*Name*

geb. am ………………

*Strasse*

*Wohnort*

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, daß ärztliche Gutachten, Befundberichte, Krankenakten, und sonstige Vorgänge medizinischer Art bzgl. meiner

Behandlung *bei Dr. ……………………………….*

*alternativ: im Krankenhaus ……………………*

wegen ………………………………………………

von den zuständigen Stellen herausgegeben bzw. Rechtsanwältin Hujo telefonische oder sonstige Auskünfte erteilt werden und entbinde insoweit die behandelnden bzw. untersuchenden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift