

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Ich entbinde hiermit freiwillig alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, sowie Bedienstete von Krankenhäusern und Behörden, die mich aus Anlass des Ereignisses am _____ behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus gegenüber:

- den beteiligten Rechtsanwälten
- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragen Rechtsanwältin

Frau Rechtsanwältin Alexandra Kunkel Wolf,
Zeil 13, 60313 Frankfurt am Main
Tel. 069/90 43 007-0, Fax 069/9043007-12
E-Mail Kanzlei@kunkel-wolf.de

zusenden.

Ich werde derzeit von folgenden Ärzten behandelt

Name	
Anschrift	
Geburtsdatum	

Ort Datum Unterschrift