

# Schweigepflichtsentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

.....  
(VOR-/ NACHNAME)

.....  
(PLZ / ORT / STRAßE / HAUSNUMMER)

geboren am: .....

die nachstehend benannten Ärzte bzw. die Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden gegenüber meinen Rechtsanwälten *Krumbholz Ferling Lex*, den in Betracht kommenden Versicherungen, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialleistungsträgern

.....  
(Name, Anschrift, Station des Krankenhauses)

.....  
(Name, Vorname und Anschrift des ambulant behandelnden Arztes)

.....  
(Name, Vorname und Anschrift des ambulant behandelnden Arztes)

von der ärztlichen Schweigepflicht über alle Umstände – auch Vorerkrankungen, die mit dem unten angekreuzten Anlass im Zusammenhang stehen. Die Auskünfte dürfen nur schriftlich erteilt werden und sind in Kopie (gegen Kostenerstattung) an die von mir beauftragten Rechtsanwälte

*Krumbholz Ferling Lex*  
07545 Gera, Johannisstraße 4

zu übersenden. Zugleich bevollmächtige ich die Rechtsanwälte der Kanzlei *Krumbholz Ferling Lex*, meine Krankenunterlagen bei den mich behandelnden bzw. untersuchenden Ärzten, Krankenhäusern und Behörden einzusehen und in Kopie dort anzufordern.

Vorstehende - von mir freiwillig abgegebene Entbindungserklärung – soll über meinen Tod hinaus gelten, und dient zur Durchsetzung meiner Ansprüche

aus dem Vorfall / Unfall vom .....

aus der medizinischen Behandlung vom ..... durch

.....  
(Name, Vorname, Anschrift des behandelnden Arztes / Krankenhauses)

gegenüber dem Sozialleistungsträger .....

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift