

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Herr/Frau

Geb.Datum

Anschrift

entbindet hiermit alle behandelnden Ärzte und Krankenhäuser sowie die Krankenkassen bzw. den Medizinischen Dienst der Krankenkassen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

den **Rechtsanwälten Dr. Fischer & Dr. Rädler**,
Mozartstr. 12, 87435 Kempten,

den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

sowie _____

Ich bin damit einverstanden, dass alle erforderlichen Patientendaten, Patientenakten und sonstige Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit stehen. Ich bin damit einverstanden, dass von allen Dokumenten, insbesondere Arztberichten, Auskünften und Gutachten den genannten Rechtsanwälten Abschriften zur Verfügung gestellt und/oder Akteneinsicht gewährt wird.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift