

## ERKLÄRUNG

### ÜBER ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

**Patient:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Betreff:** \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte und Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften und Gerichten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem in Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen, einschließlich Vorerkrankungen. Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind meinem Bevollmächtigten

**RECHTSANWALT ALEXANDER SORITS**

Sonnemannstraße 75 | 60314 Frankfurt am Main | Tel. 069 8304 6929

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Mandant)