

## Schweigepflichtentbindung

Ich Herr/Frau

Vorname:	Nachname:

Straße, Hausnummer:
PLZ Ort:
geboren am:

entbinde hiermit meinen Arzt/Zahnarzt

Herrn/Frau

Vorname:	Nachname:

Straße, Hausnummer:
PLZ Ort:

von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenakten, Krankenblätter, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenberichte und Röntgenaufnahmen, Gutachten, sonstige Aufzeichnungen,

sowie

Behandlungs- und Befundbericht, von anderen Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war, Akten von Behörden, Gesundheitsämtern und Krankenversicherungsunterlagen, soweit sie ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten und soweit sie sich im Besitz des Obengenannten befinden an

Rechtsanwalt Markus Domanski  
Robert-Koch-Straße 7  
61184 Karben

herausgegeben und zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden können.

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

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