

Schweigepflichtsentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Zahnärzte oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an meiner Heilbehandlung aus Anlass des am erlittenen Vorfalls mitgewirkt haben von ihrer Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden sowie Rechtsanwälten unter der Bedingung, dass die von mir beauftragte Kanzlei, Swoboda und Partner, Albertstr. 8, 93047 Regensburg, gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und ärztlichen Atteste erhält.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für Vorerkrankungen.

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

Regensburg, den

.....

(Unterschrift)