

HOPFGARTENRECHTSANWÄLTE

Aktenzeichen: _____

Entbindung des Arztes von der gesetzlichen Schweigepflicht

In Sachen:

_____ gegen _____

wegen: _____

entbinde ich,

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

sämtliche Ärzte und deren Berufshelfer, die mich anlässlich meiner Erkrankung/Verletzung behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Hopfgarten Rechtsanwälte PartGmbH, beteiligten Gerichten, Behörden und Versicherungsgesellschaften mit der Maßgabe, dass Auskünfte an Behörden und Versicherungsgesellschaften schriftlich erteilt werden und Hopfgarten Rechtsanwälte PartGmbH, Edith-Fürst-Straße 58, 40219 Düsseldorf eine Abschrift erhalten.

Bisher behandelnde Ärzte:

Name: _____

Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Name: _____

Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Name: _____

Einrichtung: _____

Anschrift: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)