

Schweigepflichtentbindungserklärung

MANDANT

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Unfalldatum	<input type="text"/>

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die mich in Zusammenhang mit dem vorgenannten Schadensereignis behandelt haben oder noch behandeln werden, gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Versicherungsgesellschaften, Strafverfolgungsbehörden und Gerichten von ihrer ärztlichen, gesetzlichen und/oder vertraglichen Schweigepflicht.

Sie sind befugt über alle Umstände Auskunft zu geben, die mit dem vorgenannten Anlass in Zusammenhang stehen oder stehen können. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Die Entbindungserklärung steht unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und den von mir beauftragten Rechtsanwälten Salfeld & Kollegen, Allee 3-5, 56288 Kastellaun auf deren Anforderung in Kopie zugesandt werden.

Bisher waren folgenden Ärzte und/oder Krankenhäuser an der Heilbehandlung beteiligt:

1.	Name:	<input type="text"/>
	Straße	<input type="text"/>
	PLZ:	Ort:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.	Name:	<input type="text"/>
	Straße	<input type="text"/>
	PLZ:	Ort:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.	Name:	<input type="text"/>
	Straße	<input type="text"/>
	PLZ:	Ort:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort: _____, den _____

.....
Unterschrift des Verletzten
oder gesetzlichen Vertreters