

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

1) Ich,

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

befreie hiermit alle Ärzte, Zahnärzte und die Vertreter anderer Heilberufe, die Bediensteten von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern sowie Gutachter, die mich derzeit behandeln oder früher behandelt oder untersucht haben von ihrer Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

2) Bei Mitteilungen der befreiten Personen gemäß Ziff. 1 an Dritte steht die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht unter dem Vorbehalt, dass die Rechtsanwälte der

Kanzlei Faller & Abraham Rechtsanwälte,
Basler Straße 4
79100 Freiburg

Kenntnis bzw. eine Kopie der vollständigen Mitteilung erhalten.

3) Ich bin ferner damit einverstanden, dass die von mir beauftragte

Kanzlei Faller & Abraham Rechtsanwälte,
Basler Straße 4
79100 Freiburg

alle Krankenakten, Akten der Sozialversicherungsträger und anderer Versicherungen, Akten gerichtlicher oder staatsanwaltschaftlicher Verfahren sowie die Akten von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten in meiner Angelegenheit beizieht und auswertet.

Ort, Datum

Unterschrift