

Schweigepflichtentbindungserklärung

für

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Betrifft: Behandlung vom _____ bis _____

wegen _____

Hiermit **entbinde** ich betreffend das vorgenannte Behandlungsgeschehen nebst allen damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen alle mich – gegebenenfalls auch künftig – behandelnden Ärzte und sonstige der Schweigepflicht unterliegende Beteiligte wie insbesondere auch Krankenhaus/Praxispersonal gegenüber

Dr. Schnitzer Rechtsanwalts GmbH

von ihrer **gesetzlichen Schweigepflicht**.

Die oben Genannten sind befugt, alle mir zustehenden Einsichtsrechte wahrzunehmen, insbesondere Einsicht in meine komplette Behandlungsakte zu nehmen, Originale zum Zwecke der Kopiererstellung bzw. erstelle Kopien in Empfang zu nehmen.

Ort, _____ den _____

Unterschrift