



Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

In der Rechtssache

_____ ./_____

erkläre ich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

mich damit einverstanden, dass sämtliche mich betreffenden Krankenunterlagen, mithin zum Beispiel Krankenakten, Krankenblätter, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenberichte und Röntgenaufnahmen, Gutachten, sonstige Aufzeichnungen sowie Behandlungs- und Befundberichte aller Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Heilpraktiker, bei denen ich in Behandlung war, Akten von Behörden, Gesundheitsämtern und Krankenversicherungsunterlagen, soweit sie ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten und soweit sie sich im Besitz des Obengenannten befinden, an den von mir beauftragten

Dr. Höll + Tauer | Rechtsanwälte | Medizinrecht | Versicherungsrecht

Thurn-und-Taxis-Platz 6, 60313 Frankfurt am Main

Hohenzollernring 103, 50672 Köln

auf dessen Anforderung in Kopie gegen eine angemessene Auslagererstattung herausgegeben und zugesandt sowie zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)