



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

Biebergasse 2, 60313 Frankfurt am Main

Hohenzollernring 103, 50672 Köln

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

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)