

## Schweigepflicht- Entbindungserklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte oder Angehörigen anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter, die mich behandelt haben oder noch behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- dem beteiligten Rechtsanwalt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden

- Krankenpapiere / Behandlungsunterlagen in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich finden, herausgegeben werden.

Vorname:

---

Name:

---

Geburtsdatum:

---

Datum:

---

Unterschrift:

---