

## **Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern, die an meiner Heilbehandlung beteiligt sind oder waren, oder die mich noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten/Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten,

soweit dies zur Begründung meines Anspruchs erforderlich ist.

Die Befreiung von der Schweigepflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_