

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht für Heilberufe

Den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden

.....
.....
.....
.....
.....

(Name, Vorname und Anschrift der Ärzte)

entbinde ich

.....
.....

(Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum des Mandanten)

hiermit von seiner/Ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht. Ich bitte alle Arztberichte der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei

Müller | Schell | Peetz Rechtsanwälte Partnerschaft mbB,
Schützenstr. 23a, 96047 Bamberg

auf deren Anforderung in Kopie zuzusenden.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)