

Gerd Oliver Salzmann

R E C H T S A N W A L T S K A N Z L E I

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich,

(Name) (Vorname)

(Strasse) (PLZ / Ort)

bin Verletzter des folgenden Schadensereignisses:

und entbinde hiermit freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem oben angegebenen Schadensereignis stehen.

Bisher waren folgende Ärzte und/oder Institutionen an der Heilbehandlung beteiligt:

(Name)

(Strasse) (PLZ / Ort)

(Name)

(Strasse) (PLZ / Ort)

(Name)

(Strasse) (PLZ / Ort)

(Ort, Datum) (Mandant)