

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern, die mich aus folgendem Anlass:

---

---

behandelt haben bzw. behandeln oder behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

1. den beteiligten Versicherungsgesellschaften
2. den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
3. den beteiligten Rechtsanwälten und Rechtsanwältinnen

Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilt werden und davon jeweils zugleich eine Kopie an die vom mir beauftragte Anwaltskanzlei

**rechtsinformer Rechtsanwälte – Pflug und Partner mbB**  
**Rheiner Landstraße 74**  
**49078 Osnabrück**  
**Tel. 0541/600670**  
**Fax: 0541/600677**

wird.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)