

ENTBINDUNGSERKLÄRUNG
von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich ab dem _____
behandelt haben für die Dauer der Regulierung von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar
gegenüber

- a) den beteiligten Versicherern,
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen und
- d) den Schlichtungsstellen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen ausschließlich schriftlich erteilen
und davon jeweils zugleich eine Kopie den von mir beauftragten Kanzlei

GILMOUR Rechtsanwälte
Straße des Friedens 23 - 25, 98693 Ilmenau

zusenden.

Ort, Datum

Unterschrift