

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,.....

(Vorname, Nachname)

geboren am.....

wohnhaft

(vollständige Adresse)

gegenüber der

Kanzlei Budeck, Kennedystraße 46 in 63477 Maintal

zur Geltendmachung rechtlicher Ansprüche aus dem Vorfall

.....

alle mich behandelnden Ärzte, Kliniken und deren ärztliche Mitarbeiter, meine Krankenkasse und sonstige in Betracht kommende Institutionen von ihrer Schweigepflicht. Die Kanzlei Budeck darf Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen und sämtliche mit vorgenanntem Vorfall zusammenhängende Informationen erhalten und Einsicht in meine Krankenakte zu nehmen.

Ich befreie insbesondere (hier die behandelnden Ärzte, Kliniken, Krankenkasse usw. eintragen):

1.

2.

3.

4.

5.

Datum

Unterschrift