



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

(Name)

____/____/____

(Geburtsdatum)

(Straße)

(Ort)

in der Sache

(Aktenzeichen oder Bezeichnung der Angelegenheit)

alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Die unten genannten Personen und Institutionen dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten. Diesen Personen und Institutionen ist auch die Einsichtnahme in meine Krankenakte zu gewähren.

1. Rechtsanwalt Samy Hammad, Okenstr. 18, 77652 Offenburg

2. _____

(Name der Versicherungsgesellschaft oder anderen Institution)

(Adresse)

X _____

(Ort, Datum)

X _____

(Unterschrift Mandant/in)