

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiemit entbinde ich:

geb. am:

wohnhaft in:

anlässlich des Vorfalles vom:

alle mich behandelnden Ärzte und Krankenhäuser von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den

**Rechtsanwälten Diekmann & Böllert-Staunau
Georgstraße 22, 31675 Bückeburg**

1. Ich bin damit einverstanden, dass der genannte Personenkreis alle Auskünfte über meine Person gibt, die im Zusammenhang mit dem oben genannten Vorfall angefordert werden.
2. Soweit ärztliche Berichte, Atteste oder Gutachten eingeholt werden, soll der Rechtsanwaltskanzlei unaufgefordert eine Kopie über die erhaltene Auskunft jedweder Form zukommen.
3. Ich befreie den Rechtsanwalt/die Rechtsanwältin von seiner/ihrer anwaltlichen Verschwiegenheitspflicht, soweit er/sie in meinem Namen hinsichtlich des oben genannten Vorfalles tätig wird. Im Rahmen dieses Verfahrens ist der Rechtsanwalt/die Rechtsanwältin berechtigt, von Ihnen angeforderte Krankenunterlagen und solche Krankenunterlagen, die Ihnen von mir oder dritten Personen zur Verfügung gestellt worden sind, an Stellen weiterzugeben, die mit der Angelegenheit befasst sind oder noch befasst sein werden.
4. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Bückeburg den, (Unterschrift)