

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich Herr/Frau

Vorname:	Nachname:

wohnhaft:

Straße, Hausnummer:
PLZ Ort:
geboren am:

entbinde hiermit meinen Arzt/Zahnarzt/Klinik  
Herrn/Frau

Vorname:	Nachname:

wohnhaft:

Straße, Hausnummer:
PLZ Ort:

von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich bzw. meine/unsere Kinder betreffenden Krankenpapiere, z.B. Krankenakten, Krankenblätter, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenberichte und Röntgenaufnahmen, Gutachten, sonstige Aufzeichnungen,

sowie

Behandlungs- und Befundbericht, von anderen Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich bzw. meine Kinder in Behandlung war/en, Akten von Behörden, Gesundheitsämtern und Krankenversicherungsunterlagen, soweit sie ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich bzw. meine Kinder enthalten und soweit sie sich im Besitz des Obengenannten befinden

an die Rechtsanwälte

Murat Arslan & Dr. Süleyman Kolcu,  
Berliner Straße 62  
33330 Gütersloh  
Tel: 05241-2122290; Fax: 05241-2122291

herausgegeben und zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift