

Aktenzeichen: _____



LENZE & FRERKER

NOTAR · FACHANWÄLTE · RECHTSANWÄLTE

ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich,

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____

nachfolgend benannte Ärzte von Ihrer Schweigepflicht und zwar gegenüber

den Rechtsanwälten LENZE & FRERKER GbR, Burgstraße 8, 49377 Vechta

meiner Krankenversicherung, der _____

meiner Rentenversicherung, der _____

meiner privaten Zusatzversicherung, der _____

dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und etwaigen von ihm beauftragten Sachverständigen

der Gutachterkommission / Schlichtungsstelle der Ärztekammer _____

dem _____ -gericht _____ in dem Verfahren _____

dem von mir beauftragten Sachverständigen _____

Die Rechtsanwälte LENZE & FRERKER GbR, Burgstraße 8, 49377 Vechta sind von mir bevollmächtigt, Einsicht in meine Behandlungsunterlagen zu nehmen und Übersendung der Behandlungsunterlagen an sich zu verlangen.

1. _____
(Name der Praxis, Name des Arztes, Straße, Plz und Ort)

2. _____
(Name der Praxis, Name des Arztes, Straße, Plz und Ort)

3. _____
(Name der Praxis, Name des Arztes, Straße, Plz und Ort)

4. _____
(Name der Praxis, Name des Arztes, Straße, Plz und Ort)

Ort, Datum

Unterschrift Mandant/in