

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, _____
Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

(Name der Ärztin/ des Arztes bzw. alle behandelnden Ärzte des Krankenhauses)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

von der Schweigepflicht - und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die gesamten Behandlungsunterlagen an die Rechtsanwälte Prof. Dr. Rohlfing pp., Große Breite 1, 37077 Göttingen bzw. Alte Leipziger Straße 50, 99734 Nordhausen, herausgegeben und diese zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift