

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

In der Sache

. / .

entbinde ich,

Name _____,

Vorname _____,

Geburtsdatum _____,

Anschrift _____,

Anschrift _____,

Anschrift _____,

sämtliche mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige sie zur Auskunftserteilung gegenüber meinen Rechtsanwälten der Kanzlei Walter Rechtsanwälte, Bahnhofstr. 18, 65185 Wiesbaden.

Ferner ermächtige ich Rechtsanwalt Chris Walter und Rechtsanwältin Susan Westphal und Rechtsanwalt Christian Lange in meinem Namen Einsicht in alle mich betreffenden Behandlungsunterlagen und etwaig erstellte Gutachten zu nehmen. Ich bin vorbehaltlich einer Zustimmung meines Rechtsanwalts im Einzelfall damit einverstanden, dass aufgrund dieser Unterlagen ärztliche Gutachten erstellt werden.

Ich ermächtige die Rechtsanwälte der Kanzlei Walter Rechtsanwälte, vorgenannte Gutachten für mich in ein gerichtliches Verfahren einzubringen.

_____,
(Ort, Datum)

(Unterschrift)