

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

In der Sache

. / .

entbinden wir als Erben sämtliche den nachfolgenden Patienten,

Name \_\_\_\_\_,

Vorname \_\_\_\_\_,

Geburtsdatum \_\_\_\_\_,

Anschrift \_\_\_\_\_,

Anschrift \_\_\_\_\_,

Anschrift \_\_\_\_\_,

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

Ferner ermächtigen wir den Rechtsanwalt Chris Walter, Rechtsanwältin Susan Westphal und Rechtsanwalt Christian Lange in meinem Namen Einsicht in alle den Patienten betreffenden Behandlungsunterlagen und etwaig erstellte Gutachten zu nehmen. Wir sind vorbehaltlich einer Zustimmung meines Rechtsanwalts im Einzelfall damit einverstanden, dass aufgrund dieser Unterlagen ärztliche Gutachten erstellt werden.

Wir ermächtigen die Kanzlei Walter Rechtsanwälte, vorgenannte Gutachten für mich in ein gerichtliches Verfahren einzubringen.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)