



Schweigepflichtentbindung

Ich

Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

entbinde hiermit meinen Arzt

Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Krankenunterlagen, soweit sie ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten und soweit sie sich im Besitz des Obengenannten befinden an die

**Anwaltskanzlei Dr. Klostermann, Rechtsanwalt Dr. Klostermann-Schneider,
Dr.-Ernst-Derra-Str. 4, 94036 Passau**

herausgegeben und zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden können.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die Anwaltskanzlei Dr. Klostermann bei der Bearbeitung meiner Angelegenheit Rücksprache mit meinem o.g. behandelnden Arzt nimmt und insoweit relevante Auskünfte bzgl. meiner gesundheitlichen Situation erteilt werden dürfen, soweit diese zur Bearbeitung der Angelegenheit erforderlich sind.

Gleichfalls entbinde ich die Anwaltskanzlei Dr. Klostermann (Rechtsanwalt Dr. Klostermann-Schneider) eingeschränkt von der **rechtsanwaltlichen Schweigepflicht** gegenüber dem o.g. behandelnden Arzt **insoweit**, dass die Existenz sowie die Inhalte gegnerischer Schreiben, die meine gesundheitliche Situation betreffen, seitens der Kanzlei dem o.g. Arzt mitgeteilt und mit diesem besprochen werden dürfen, **wenn** dies für die Bearbeitung der Angelegenheit **erforderlich** ist.

Die Anwaltskanzlei Dr. Klostermann sichert mir zu, dass ich über jegliche Kommunikation zwischen Kanzlei und Arzt sowie deren Inhalte **unverzüglich und umfassend unterrichtet** werde.

*Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** kann.*

(Ort, Datum)

(Unterschrift)