



Ärztliche Schweigepflichtentbindung

Hiermit **entbinde** ich

Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

die nachstehend aufgeführten Ärzte und Krankenhäuser bzw. Kliniken, die mich im Zusammenhang mit

behandelt oder begutachtet haben, **von der ärztlichen Schweigepflicht** und erlaube Auskunftsbegehren der

Anwaltskanzlei Dr. Klostermann
Rechtsanwalt Dr. iur. Christian Klostermann-Schneider
Dr.-Ernst-Derra-Str. 4
94036 Passau
Tel. 0851 98859624 | Fax 0851 98859610 | E-Mail: info@kanzlei-klostermann.de

uneingeschränkt nachzukommen.

Es handelt sich um die nachfolgenden Ärzte und Krankenhäuser bzw. Kliniken:

Ich bin damit **einverstanden**, dass Befunde, Untersuchungsergebnisse, Krankheitsgeschichten, Aufnahmen (z.B. Röntgenbilder, MRT-Bilder u.ä.) und ähnliche Unterlagen, die über mich vorhanden sind bzw. im oben benannten Zusammenhang entstehen, zur Sachaufklärung und Rechtswahrnehmung zur Verfügung gestellt werden.

Diese Erklärung **kann jederzeit für die Zukunft** ohne Angabe von Gründen sowohl gegenüber Herrn Rechtsanwalt Dr. Christian Klostermann-Schneider als auch den aufgeführten Ärzten und Krankenhäusern bzw. Kliniken **widerrufen** werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich verbindlich die vorstehend von mir gemachten Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)