



SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ereignis: (Art und Datum)	
Verletzte Person: (Name, Anschrift, Geburtsdatum)	

Hiermit entbinde ich freiwillig Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich unter der Bedingung, dass Scholz | Lühring & Partner, Rechtsanwälte, Obernstr. 62, 28832 Achim vollständige Fotokopien erhalten, damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem oben angegebenen Schadensereignis stehen

Bisher waren folgende Ärzte und/oder Institutionen an der Heilbehandlung beteiligt:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Achim, den _____

(Unterschrift)