



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 PartGmbH, Gaswerkstraße 1c, 28832 Achim (AG Hannover PR 100619) 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.	

Achim, den _____
(Unterschrift)