

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl, Ort

entbinde hiermit wegen

sämtliche mich behandelnden Ärzte und deren Hilfspersonen sowie meine jeweilige Krankenversicherung von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus, und auch, wenn die Behandlung oder Untersuchung bereits abgeschlossen ist oder erst zukünftig beginnt.

In bin einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit obiger Angelegenheit im Zusammenhang stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten

**Herrn Rechtsanwalt Gerald Freund,
Ehrenbergstraße 23, 14195 Berlin,**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden. Herr Rechtsanwalt Freund soll auf Verlangen Einsicht in sämtliche Patientenunterlagen erhalten. Eventuell anfallende Kosten und Gebühren werde ich dem jeweiligen Gläubiger gegenüber übernehmen.

Ort, Datum

Unterschrift