

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich: _____

wohnhaft: _____

anlässlich des Vorfalles vom: _____

alle Ärzte und Krankenhäuser von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

**der Rechtsanwaltskanzlei Rainer Eberhard und Rita Fehlig-Eberhard,
Schillerstraße 31, 30159 Hannover.**

1. Ich bin damit einverstanden, dass der genannte Personenkreis alle Auskünfte über meine Person gibt, die im Zusammenhang mit dem oben genannten Vorfall angefordert werden.
2. Soweit ärztliche Berichte, Atteste oder Gutachten eingeholt werden, soll der Anwaltskanzlei unaufgefordert eine Kopie über die erhaltene Auskunft jedweder Form zukommen.
3. Ich befreie den Rechtsanwalt von seiner anwaltlichen Verschwiegenheitspflicht, soweit er in meinem Namen hinsichtlich des oben genannten Vorfalles tätig wird. Im Rahmen dieses Verfahrens ist der Rechtsanwalt berechtigt, von Ihnen eingeforderte Krankenunterlagen und solche Krankenunterlagen, die Ihnen von mir oder dritten Personen zur Verfügung gestellt worden sind, an Stellen weiterzugeben, die mit der Sache befasst sind oder befasst werden.
4. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hannover | Datum: _____ Unterschrift: _____