

## **E r k l ä r u n g**

### über die Entbindung von der ärztl. Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

alle mich behandelnden und untersuchenden Ärzte und Schwestern gegenüber  
den Rechtsanwälten Zänker & Kollegen insbesondere

---

von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden.

Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass meine Krankenpapiere (z.B. Krankenblätter, Krankengeschichten, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgen-, CT-, MRT-Aufnahmen, Gutachten) im Original oder in Kopie herausgegeben werden.

Durchschriften der ärztl. Berichte sind in jedem Fall den von mir / uns beauftragten Rechtsanwälten

Zänker & Kollegen  
Friedrich Engels Str. 8, 15517 Fürstenwalde  
bzw.  
Wilhelmstraße 3, 16269 Wriezen

zuzuleiten.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)