

# HOPFGARTENRECHTSANWÄLTE

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## Entbindung des Arztes von der gesetzlichen Schweigepflicht

In Sachen:

\_\_\_\_\_ gegen \_\_\_\_\_

wegen: \_\_\_\_\_

entbinde ich,

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

sämtliche Ärzte und deren Berufshelfer, die mich anlässlich meiner Erkrankung/Verletzung behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Hopfgarten Rechtsanwälte PartGmbH, beteiligten Gerichten, Behörden und Versicherungsgesellschaften mit der Maßgabe, dass Auskünfte an Behörden und Versicherungsgesellschaften schriftlich erteilt werden und Hopfgarten Rechtsanwälte PartGmbH, Jürgensplatz 58, 40219 Düsseldorf eine Abschrift erhalten.

Bisher behandelnde Ärzte:

Name: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)