

Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinden wir

Vorname und Name:
Anschrift:

als gesetzliche Vertreter von

Vorname und Name:
Geburtsdatum:

den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte sowie das ärztliche und nichtärztliche Personal nachfolgend genannter Krankenhäuser

von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend die Behandlung unseres Kindes.

Diese Entbindung gilt gegenüber den Rechtsanwälten Maß & Maß sowie allen als Beteiligte in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden, Rechtsanwälten, Sozialleistungsträgern, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und ärztlichen Gutachtern. Die Erklärung gilt über den Tod hinaus.

Die Rechtsanwälte Maß & Maß, Herzogsfreudenweg 3a, 53125 Bonn, sind berechtigt, diese Erklärung jeweils entsprechend dem Stand der Bearbeitung zu ergänzen und zu vervollständigen.

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzl. Vertreter