

## Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinden wir

Name, Vorname:

Anschrift:

Name, Vorname:

Anschrift:

als Erben von

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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

von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend die Behandlung von

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 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 Erben