

**Schweigepflichtsentbindungserklärung**

Betr.:

vom:

in:

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der mich vertretenden Rechtsanwaltskanzlei Jordan & Kollegen, Rechtsanwälte, Fachanwälte, Enzer Straße 8, 31655 Stadthagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sämtliche erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit dem obigen Ereignis stehen und dass von allen Berichten, Auskünften, bildgebenden Diagnostiken und Gutachten, welche in diesem Zusammenhang erstellt wurden, der Rechtsanwaltskanzlei Jordan & Kollegen, Rechtsanwälte, Fachanwälte, Enzer Straße 8, 31655 Stadthagen, Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Stadthagen, den \_\_\_\_\_

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