

**Schweigepflichtentbindungserklärung**

Ich entbinde hiermit die nachstehend genannten Ärzte, die mich,

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

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

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

Berufliche Tätigkeit/Art der Beschäftigung: \_\_\_\_\_

aufgrund \_\_\_\_\_ behandelt haben, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten der Kanzlei Raspe & Partner, Bergischer Ring 11, 58095 Hagen.

Name und Anschrift(en) des Arztes/der Ärzte lauten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gilt ferner gegenüber**

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- den beteiligten Rechtsanwälten,
- weiteren Dritten \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift