

# Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

den Arzt/die Ärztin/die Ärzte

- 1.
- 2.
- 3.

die/der mich aus Anlass

behandelt hat bzw. behandeln wird, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen
- den beteiligten Behörden

auch über meinen Tod hinaus, unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils eine Kopie dem von mir beauftragten Rechtsanwaltsbüro Huse & Beencke, Ohlsdorfer Str. 1 – 3, 22299 Hamburg, zusenden.

Ort/Datum

---

Unterschrift