

**Rechtsanwaltskanzlei
Hofheinz & Partner
Hauptstraße 26
34431 Marsberg**

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, Herr/Frau _____ ,

folgenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht bzgl. der ärztlichen Behandlung wegen des
Vorfalls/Unfalls vom _____ :

(Name u. Anschrift des Arztes)

Ich ermächtige sie/ihn hiermit, sämtliche für die Wahrnehmung meiner Interessen
erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift