

**ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT-
ENTBINDUNGSERKLÄRUNG**

Daten zum Mandanten	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Straße:	
PLZ Wohnort:	
Tätigkeitsanlass:	

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus oben bezeichneten Anlass behandelt haben oder noch behandeln werden, von ihrer Pflicht zur ärztlichen Verschwiegenheit. Ich ermächtige sie,

- der Rechtsanwältin:	Anett Wetterney-Richter
- der Haftpflichtversicherung:	
- der Unfallversicherung:	
- der Unfallkasse:	
- der Berufsgenossenschaft:	
- der Krankenkasse:	
- dem Sachverständigen:	
- der Deutschen Rentenversicherung	
- den Gerichten:	
- der Staatsanwaltschaft:	
- der Polizei:	

alle von dort erbetenen Informationen zu erteilen. (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

Die Schweigepflichtentbindung und Auskunftsermächtigung erteile ich unter der Bedingung, dass alle ärztlichen Atteste, Gutachten und Stellungnahmen schriftlich erteilt werden und die von mir beauftragte Rechtsanwältin Anett Wetterney-Richter jeweils eine Zweitschrift erhält.

Ort, Datum

Unterschrift