

Schweigepflichtentbindungserklärung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Kliniken / Krankenhäuser, Krankenkassen und Krankenversicherungen, die mich im Zusammenhang mit der / dem

behandelt haben bzw. behandeln werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber den gegenüber den **Rechtsanwälten Spenneberg Peters Bode**. Die Entbindungserklärung gilt auch für Vorerkrankungen, soweit diese im Hinblick auf die hier in Frage stehenden Verletzungen und Erkrankungen von Bedeutung sind bzw. sein können. Sie gilt ferner über den Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort / Datum

Unterschrift