



Kanzlei am Markt Lüneburg

P E T E R S E N D R E S S L E R R Ü H L

Schweigepflichtentbindungserklärung

Die nachfolgend benannten Ärzte, Zahnärzte, Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenhäusern und Behörden entbinde ich – auch über meinen Tod hinaus -

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

hiermit von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht, **soweit die zu erteilenden Auskünfte schriftlich erteilt werden und unverzüglich nach Erhalt an die von mir beauftragten Rechtsanwälte Petersen Dressler Rühl in Kopie (ggf. gegen Auslagenerstattung) und/oder an die beteiligten Gerichte, Sachverständige, Prozessgegner weitergeleitet werden;** Anschrift in der Fußnote.

Arzt: _____	Arzt: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
_____	_____
Arzt: _____	Arzt: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
_____	_____

Die Vorbenannten, von der Schweigepflicht Entbundenen, sind dazu berechtigt, alle erforderlichen Auskünfte, die im Zusammenhang mit dem Unfall-/Verletzungsereignis/ärztliche Behandlung vom _____ stehen, zu erteilen. (Datum)

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)