

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

ANWALTSKANZLEI
CHANDRA
RECHTSANWÄLTIN · FACHANWÄLTIN

Ich,

Vorname _____

Name _____

Anschrift _____

entbinde hiermit die mich aus Anlass des Unfalles vom _____
behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden

**Krankenscheine, z.B. Krankenscheine, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen,
Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten**

sowie

Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art,
in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden könnten,

sowie

Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern,
bei denen ich in Behandlung war oder bin

herausgegeben werden an die Rechtsanwältin **Maïke Chandra, Beethovenstr. 3, 26135 Oldenburg** und
diese zur Verwertung in meiner Haftpflichtangelegenheit bzw. Arzthaftungsangelegenheit herangezogen
werden.

Ich entbinde zugleich alle behandelnden und untersuchenden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter,
Versicherungsträger aller Art und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Dasselbe Einverständnis gilt für alle mit der Bearbeitung dieser Haftpflichtangelegenheit befassten Stellen und
Personen, insbesondere für die in Anspruch genommenen Ärzte / Krankenhäuser und deren Versicherer.

Oldenburg, den Unterschrift