

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit befreie ich,

geboren am

den / die mich behandelnde(n) Arzt / Ärztin / Ärzte

von der ärztlichen Schweigepflicht mir gegenüber
aus Anlass meiner Behandlung vom
und sämtlichen Folgebehandlungen aus diesem selben Anlass.

Mit der Erteilung von Auskünften und Übersendung von Arztberichten / Attesten an
Rechtsanwälte Rudolf Morgenstern, Holger Morgenstern
Kaiserstraße 5a, 44135 Dortmund
Telefon (02 31) 477 48 7374 / 52 86 81+82
Telefax (02 31) 477 60 20 / 52 86 83
Mail info@ra-morgenstern.de

sowie an

Gerichte, Staatsanwaltschaften, Behörden, Versicherungen
erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

(Ort, Datum, Unterschrift)