

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde(n) ich/wir, Frau/Herr

Name/n:

Vorname/n:

Anschrift/en

alle Ärzte, die mich/uns/unsere(n) Vertretenen/den Verstorbenen
(o. anderen Beteiligten), und zwar:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

behandelt haben bzw. behandeln werden, gegenüber den von mir/uns beauftragten
Rechtsanwälten

Probst • Rechtsanwälte
Thomas-Mann-Straße 14 • 18055 Rostock



oder aus Anlass.....

.....

behandelt haben bzw. behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar
gegenüber

- a) dem angerufenen Gericht
- b) den beteiligten Gerichts- und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten
- d) dem vom Gericht oder mir bestellten Sachverständigen

mit der Maßgabe, dass die Rechtsanwälte Probst • Rechtsanwälte gleichzeitig und
unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhalten.

.....

Ort und Datum

.....

Unterschrift

(Behandelte/er/Angehörige/gesetzliche Vertreter)