

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

§ RECHTSANWALT DANIEL FIORE §

Hiermit entbinde ich

Name

Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

Wohnanschrift / Straße

PLZ / Ort

alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter, Angehörige von Gesundheitsämtern und Krankenanstalten, die mich beraten, untersucht und/oder behandelt haben und behandeln werden von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass

die mich betreffenden Krankenpapiere, z.B. Aufzeichnungen über den Verlauf der Krankheit, ärztliche Gutachten, ärztliche Stellungnahmen, Krankheitsbefunde, Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen

sowie Behandlungs- und Befundberichte von Kliniken, bei denen ich in behandelt wurde oder werde,

sowie behördliche Akten und sämtliche Akten von Versicherungsträgern in denen sich ärztliche Stellungnahmen über mich befinden können,


unaufgefordert als Abschriften an meinen von mir bevollmächtigten Rechtsanwalt

Rechtsanwalt Daniel Fiore

Reppnersche Straße 1

D – 38226 Salzgitter

 rechtsanwalt-fiore@gmx.de

 www.rechtsanwalt-fiore.de

herausgegeben und in meiner Rechtsangelegenheit verwendet werden können.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber meinem zuvor genannten Rechtsanwalt und den beteiligten Versicherungsgesellschaften und Strafverfolgungsbehörden. Sie bezieht sich auch auf Angehörige von Kranken, Unfalls- und Lebensversicherungen.

Ort , Datum

Unterschrift