

Schweigepflichtentbindungserklärung

Der Unterzeichner/die Unterzeichnerin entbindet

wegen:

alle Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten, die mich behandelt haben oder zukünftig behandeln werden, gegenüber der

**Anwaltskanzlei Oswald, Scharnweberstraße 4, 12587 Berlin,
Telefon: +49(0)30 56 82 66 36, Telefax: +49(0)30 56 82 66 37**

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Insbesondere gestatte ich den Ärzten, Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten, die die mich behandelt haben oder zukünftig behandeln werden, Auskunft gegenüber Gerichten und Behörden zu erteilen.

Ich ermächtige Versicherungsträger, Behörden und sonstige Institutionen, die aus Anlass der oben angegebenen Behandlung tätig wurden und zukünftig tätig werden, der Anwaltskanzlei Oswald die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Ich gestatte insbesondere, dass der Anwaltskanzlei Oswald mündlich und schriftlich umfassend Auskunft erteilt wird.

Der Anwaltskanzlei Oswald gestatte ich ferner, die ihr erteilten Auskünfte und überreichten Unterlagen an Dritte, insbesondere an Versicherungen, Gerichte und Behörden weiterzureichen.

Die Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Berlin, den

.....

Unterschrift