

Entbindung von der Schweigepflicht

Nachname

.....

Vorname

.....

Geburtsdatum

.....

Anschrift/Postleitzahl

.....

Alle Zahn-/Ärzte/Kliniken/Pflegeeinrichtungen, ausgenommen psychotherapeutische Behandelnde, von/in denen ich im Zusammenhang mit der

Diagnose/Behandlung

.....

Behandlungszeitraum

.....

behandelt wurde, entbinde ich von ihrer Schweigepflicht gegenüber den mit der Aufklärung des Falles oder Abwehr von Honorarforderungen und Prüfung/Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen befassten

- Gerichten,
- Sachverständigen, Schlichtungsstellen der Zahn-/Ärztokammern,
- Parteien/Prozessbeteiligten,
- meinen/deren Rechtsanwälten
- dem medizinischen Dienst der Krankenversicherungen,
- Haftpflichtversicherung der Anspruchgegner

für die Dauer von 5 Jahren.

.....

Datum, Unterschrift