

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

---

(Name, Geb.-Datum, Anschrift) erkläre mich damit einverstanden, dass Herr Rechtsanwalt Alexander Försterling die mich betreffenden Krankheitspapiere, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Behandlungs- und Befundberichte der Ärzte, Angehörigen anderer Heilberufe und Bedienstete von Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war und bin, sowie Gutachtern zur Verwendung und Verwertung in der Angelegenheit

\_\_\_\_\_ (Bezeichnung der Angelegenheit),  
einschließlich Vor- und Nachbehandlung, heranzieht.

Ich entbinde zugleich alle mich behandelnden Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Bedienstete von Krankenhäusern und Gutachter von ihrer/seiner gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber Herrn Rechtsanwalt Alexander Försterling und allen im vorstehend aufgeführten Verfahren in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichte, von diesen bestimmte Dritte, Sachverständigen, Rechtsanwälten, Strafverfolgungsbehörden und sonstigen Behörden unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt Alexander Försterling gleichzeitig und unaufgefordert jeweils eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Insbesondere entbinde ich \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

von seiner Schweigepflicht.

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen oder stehen könnten und der Aufklärung des Verfahrens und der Regulierung von Ersatzansprüchen dienen.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift)