



## ERKLÄRUNG

### ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT DER HEILBERUFE

Hiermit erkläre ich,

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

dass ich alle Angehörigen der Heilberufe sowie die Bediensteten von Krankenanstalten und Behörden, die mich in Zusammenhang mit

behandelt haben bzw. nicht behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, Rechtsanwalt Johannes Kaiser, Auf dem Häslich 3, 57555 Brachbach und dessen unterbevollmächtigten sowie im Streitfall den zuständigen Gerichten, entbinde.

Sie sind befugt, über alle Umstände, einschließlich Vorerkrankungen, Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)