# Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht

Holberg
Rechtsanwaltskanzlei

**In Sachen**

**gegen**

## Erklärende Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Hiermit entbinde ich, die o.g. erklärende Person, alle Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und übrige medizinische Leistungserbringer, die mich in der Vergangenheit behandelten und / oder derzeit behandeln, von der Schweigepflicht gegenüber

- der Rechtsanwaltskanzlei Holberg, Herrn Rechtsanwalt Philipp Holberg, Goethestr. 2A, 42489 Wülfrath,
- den mit der Angelegenheit befassten Gerichten und Behörden
- beteiligten Versicherungen sowie
- Sachverständigen und Gutachtern, die mit der Begutachtung in dieser Angelegenheit beauftragt sind.

Zugleich bitte ich darum, der Rechtsanwaltskanzlei Holberg, Herrn Rechtsanwalt Philipp Holberg, auf Verlangen Einsicht in sämtliche mich betreffenden Behandlungsunterlagen zu gewähren und auf dortige Anforderung Kopien (gefertigt zu meinen Kosten und mir in Rechnung gestellt) – vorzugsweise in elektronischer Form – zu übermitteln. Alle o.g. medizinischen Leistungserbringer werden von mir ermächtigt und angewiesen, einem jeden Gericht auf entsprechendes Verlangen meine Behandlungsunterlagen im Original zur Verfügung zu stellen.

## Liste der maßgeblichen medizinischen Leistungserbringer (z.B. behandelnder Arzt, Zahnarzt etc.)

| Name bzw. Einrichtung | Anschrift | Behandlungszeitraum |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Ort, Datum

Unterschrift Erklärende/r bzw. gesetzlicher Vertreter