

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Name	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdatum	

Hiermit entbinde ich freiwillig meine behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an meiner Heilbehandlung beteiligt waren, von Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht, und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- Herrn Rechtsanwalt **Dr. Sven Jürgens**, Kurfürstendamm 130, 10711 Berlin
- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Behörden und Gerichten

alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit meinem Unfall/ meiner Erkrankung/ meiner Heilbehandlung stehen.

Berlin, den (Datum)
→ (Unterschrift des Mandanten)