

Aktenzeichen:

**Entbindung des Arztes von der gesetzlichen Schweigepflicht**

In Sachen:

wegen:

entbinde ich,

Vorname Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

sämtliche Ärzte und deren Berufshelfer, die mich anlässlich meiner Erkrankung/Verletzung behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Epsilon Rechtsanwälte PartGmbH, beteiligten Gerichten, Behörden und Versicherungsgesellschaften mit der Maßgabe, dass Auskünfte an Behörden und Versicherungsgesellschaften schriftlich erteilt werden und Epsilon Rechtsanwälte PartGmbH, Friedrich-Ebert-Str. 144, 42117 Wuppertal, eine Abschrift erhalten.

Bisher behandelnde Ärzte:

Name:

\_\_\_\_\_

Einrichtung:

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)