



Schließer Zab & Partner  
· Rechtsanwälte ·

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich (Auftraggeber), \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber den von mir beauftragten Rechtsanwälten

### Schließer Zab & Partner

Die/den (behandelnden Arzt/Ärzte) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die von mir beauftragten Rechtsanwälte ermächtige ich, eine Kopie der gesamten Patientendokumentation (naturwissenschaftlich, konkretisierbare Befunde und Aufzeichnungen über Behandlungs- und Pflegemaßnahmen) und ärztliche Atteste für den Behandlungszeitraum: \_\_\_\_\_ anzufordern.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)