

## Schweigepflichtentbindungserklärung

von

---

Vorname, Name, Geburtstag

---

Anschrift

Ich entbinde aus Anlass

---

alle in Betracht kommenden Ärzte und deren Hilfspersonen von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden mit der Beiziehung aller einschlägigen Patientenakten durch die Rechtsanwälte Kohlschein, Lütke-meier & Partner mbB, die beteiligten Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und Gerichte.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

---

Unterschrift