

**Vollmacht
und
Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich, _____
geb. am _____
wohnhaft _____

entbinde hiermit alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Rechtsanwälten Conze, Knöfel & Bernauer, Burgstr. 35 a, 47877 Willich, Gerichten, Behörden, Haftpflichtversicherungen, Gutachtern und allen Personen, die mit der Aufklärung des Falles und der Regulierung von Ersatzansprüchen aus diesem Fall beauftragt und befasst sind.

Gleichzeitig bitte ich alle mich früher oder jetzt behandelnden Ärzte mir, vertreten durch die Rechtsanwälte Conze, Knöfel & Bernauer, Burgstr. 35 a, 47877 Willich oder von diesen schriftlich bevollmächtigten Personen, Einblick in sämtliche mich betreffenden Krankenunterlagen zu gewähren, und zwar nach Möglichkeit dadurch, dass Fotokopien der jeweils angefallenen Krankenunterlagen an die Rechtsanwälte Conze, Knöfel & Bernauer, Burgstr. 35 a, 47877 Willich oder von diesen schriftlich bevollmächtigten Personen herauszugeben oder übersandt werden.

Alle Krankenhäuser und Ärzte sind von mir angewiesen und ermächtigt, auf Verlangen jedem Gericht die Original-Behandlungsunterlagen auf Anforderung des jeweiligen Gerichtes vorzulegen.

Bei dem Schadensfall handelt es sich um meine Behandlung bei dem Arzt/Krankenhaus:

in der Zeit vom _____ bis _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)