

**Erklärung über die Entbindung
von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich,

(Name, Geburtsdatum, Anschrift)

Dr. med. Bernhard Wolfram von seiner Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien,
Laboreergebnisse, Therapiepläne, Medikamentenpläne,

- Facharzt- oder Krankenhausberichte, über meine abgeschlossene oder
noch andauernde Behandlung und den Befund,

- Versicherungsanfragen, -bescheide, MDK-Berichte,

- sonstige Bescheide, Anwaltsschreiben und sonstige medizinisch
betreffende Dokumente,

an

herausgegeben und in meiner Rechtsangelegenheit verwertet werden dürfen.
Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der
Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift