

**Rechtsanwaltskanzlei  
Hofheinz & Partner  
Hauptstraße 26  
34431 Marsberg**

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, Herr/Frau \_\_\_\_\_ ,

folgenden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht bzgl. der ärztlichen Behandlung wegen des  
Vorfalls/Unfalls vom \_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Name u. Anschrift des Arztes)*

Ich ermächtige sie/ihn hiermit, sämtliche für die Wahrnehmung meiner Interessen  
erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**