

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

Herrn/Frau Dr. med. ....  
Name u. Anschrift Arzt

die behandelnden Ärzte des .....  
Name Krankenhaus

.....  
Anschrift Krankenhaus

entbinde ich,

.....  
Name, Vorname Geburtsdatum

.....  
Wohnanschrift

hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinem Bevollmächtigten,

**Herrn Rechtsanwalt Gerhard Hussong  
Bahnhofstr. 29, 66953 Pirmasens  
Tel. 06331-95021 Fax 06331-95025  
ra.hussong@kanzlei-hussong.de  
www.rechtsanwalthussong-ps.de**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

....., den .....

.....  
(Unterschrift)