Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

(Name, Geburtsdatum, Anschrift) alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle - ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten, - Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten, - Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, Herm RA Joachim Rottmann Bahnhofstraße 3 31698 Lindhorst 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.	Hiermit entbinde ich,
alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle - ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten, - Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten, - Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, Herrn RA Joachim Rottmann Bahnhofstraße 3 31698 Lindhorst 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.	
alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle - ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten, - Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten, - Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, Herrn RA Joachim Rottmann Bahnhofstraße 3 31698 Lindhorst 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.	
alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe, Gutachter sowie Angehörige von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle - ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten, - Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten, - Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, Herrn RA Joachim Rottmann Bahnhofstraße 3 31698 Lindhorst 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.	
von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer Schweigepflicht. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle - ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten, - Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten, - Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, Herrn RA Joachim Rottmann Bahnhofstraße 3 31698 Lindhorst 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.	(Name, Geburtsdatum, Anschrift)
 ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten, Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten, Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, Herrn RA Joachim Rottmann Bahnhofstraße 3 31698 Lindhorst 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. 	von Krankenhäusern, Versicherungsträgern aller Art und Behörden, die mich innerhalb der letzten zehn Jahre untersucht, behandelt oder beraten haben, von ihrer
ten, - Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten, - Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, Herrn RA Joachim Rottmann Bahnhofstraße 3 31698 Lindhorst 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.	Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass alle
ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über enthalten könnten, - Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund, Herrn RA Joachim Rottmann Bahnhofstraße 3 31698 Lindhorst 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.	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Herrn RA Joachim Rottmann Bahnhofstraße 3 31698 Lindhorst 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.	
Bahnhofstraße 3 31698 Lindhorst 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.	<u> </u>
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.	v v v
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.	
Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.	herausgegeben und in meiner Rechtsangelegenheit verwertet werden dürfen.
jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.	Diese Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.
Datum, Unterschrift	
Datum, Unterschrift	
	Datum, Unterschrift