

Hauptbüro / Postadresse:
Huxterdamm 2
23552 Lübeck
Tel. 0451 / 38 46 83 30
Fax 0451 / 38 46 83 32

Zweigstelle / Besucheradresse:
Eutiner Str. 21
23730 Neustadt i.H.
Tel. 04561 / 55 88 48
Fax 04561 / 55 88 49

**post@ra-rohmeyer.de
www.ra-rohmeyer.de**

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

.....
(Vorname, Nachname)

.....
(Anschrift)

den mich behandelnden Arzt/Ärztin, das ärztliche Personal und/oder das mich behandelnde Krankenhaus, der/die/das nachstehend genannt ist, vollumfänglich von der ärztlichen Schweigepflicht:

Arzt / Ärztin / Krankenhaus:

.....
.....
.....

Diese Schweigepflichtentbindungserklärung betrifft sämtliche Behandlungen, die in der Vergangenheit stattgefunden haben und die in der Zukunft stattfinden werden.

Die Entbindung der Schweigepflicht erfolgt zugunsten der o.g. Anwaltskanzlei, Herrn RA Daniel Rohmeyer, MLE.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Patient*in/Mandant*in)