

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht Herr/Frau (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenkasse, Krankenversicherungsnummer)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Krankenkasse
PLZ+Ort	Krankenversicherungsnummer

wird von den Rechtsanwälten Schneider & Hassler Partnerschaftsgesellschaft mbB, Am Freiheitsplatz 6, 63450 Hanau, in einer rechtlichen Angelegenheit vertreten. Im Rahmen dieser Vertretung ist es erforderlich, dass bestimmte Auskünfte über Krankheitszeiträume und gegebenenfalls auch Diagnosen bei der Krankenkasse oder bei den behandelnden Ärzten eingeholt werden.

Ich entbinde hiermit die Krankenkasse sowie die unten aufgeführten behandelnden Ärzte ausdrücklich von der Schweigepflicht gegenüber dem Rechtsanwalt Horst Schneider, damit meine rechtlichen Angelegenheiten bearbeitet werden können.

Der Rechtsanwalt Horst Schneider ist berechtigt, die so erhaltenen Informationen von der Krankenkasse bzw. den behandelnden Ärzten im Rahmen der rechtlichen Auseinandersetzung zu verwenden und nach eigenem Ermessen Informationen und gegebenenfalls auch Diagnosen, die für die rechtliche Auseinandersetzung von Belange sind, weiter zu geben. Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Bei den behandelnden Ärzten handelt es sich um (bitte vollständigen Namen und Adresse eintragen):

Ort, Datum _____

Unterschrift _____