



WUNSCH KANZLEI

wunschgerecht ans Ziel

Dipl.-Finanzwirt (FH) • UTE **WUNSCH** • Rechtsanwältin • Fachanwältin für Familienrecht • Mediatorin

Erklärung über die Entbindung der Angehörigen der Heilberufe von ihrer Schweigepflicht

In der Sache _____

wegen _____

entbinde ich, _____ (Auftraggeber)

wohnhaft _____

die nachfolgenden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie die Mitarbeiter in Krankenhäusern und Behörden (Namen und Anschriften)

hiermit von ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber

Frau Rechtsanwältin Ute Wunsch, Florian-Geyer-Str. 32, 71034 Böblingen,
Tel: 07031-281598, Fax: 07031-281599, Mail: ute.wunsch@wunsch-kanzlei.de

Frau Rechtsanwältin Wunsch ist berechtigt, die erhaltenen Informationen und Unterlagen zur Wahrung meiner Interessen in der oben genannten Angelegenheit an alle Beteiligte (Gerichte, Rechtsanwälte, Sozialleistungsträger, Strafverfolgungsbehörden, Versicherungsgesellschaften, etc.) weiterzugeben. Die Erklärung gilt auch über meinen Tod hinaus.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Auftraggeber)

