

**Einwilligungs- und  
Schweigepflicht-  
entbindungserklärung**



Hiermit entbinde ich

Vorname, Name: \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

alle Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Herrn Rechtsanwalt David Urbanik. Heganger 14, 96103 Hallstadt, Gerichten, Behörden, Haftpflichtversicherungen, Gutachtern und allen Personen, die mit der Aufklärung des Falles und der Regulierung von Ersatzansprüchen aus diesem Fall beauftragt und befasst sind.

Gleichzeitig bitte ich alle mich früher behandelnden Ärzten Einblick in sämtliche mich betreffende Patientenunterlagen zu gewähren, und zwar nach Möglichkeit dadurch, dass Fotokopien der jeweils angefallenen Krankenunterlagen (gefertigt zu meinen Kosten und mir in Rechnung gestellt) an Herrn Rechtsanwalt David Urbanik, wie vor, oder von diesem schriftlich bevollmächtigten Personen herausgegeben oder übersandt werden.

Alle Krankenhäuser und Ärzte sind von mir angewiesen und ermächtigt, auf Verlangen jedem Gericht die Original-Behandlungsunterlagen auf Anforderung des jeweiligen Gerichts vorzulegen.

Bei dem Fall handelt es sich um meine Behandlung bei

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift