

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

**Hiermit erkläre ich,**

Name

Geburtsname

Vorname

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Geburtsdatum

**dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Antrag auf Kostenübernahme**

für

**behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Antrag befassten Sachverständigen, bevollmächtigten Rechtsanwälten und im Streitfall den zuständigen Gerichten entbinde.**

**Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift