



**Uta Scheel
Rechtsanwältin**



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, erteilt am

Hiermit entbinde ich

Name

Anschrift

folgenden, mich behandelnden Arzt / mich behandelnde Ärztin

Name

Anschrift

von der ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie / die betreffenden Einrichtungen,

Rechtsanwältin Uta Scheel, Schoolredder 7c, 24220 Flinbek

Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bezieht sich ausschließlich auf die Informationen, die im Zusammenhang mit dem durch Rechtsanwältin Scheel vertretenen Verfahren

.....
.....

stehen.

.....,
Ort, Datum Unterschrift

e-mail: Sekretariat@Uta-Scheel.de
<http://www.Uta-Scheel.de>

Bankverbindung: BBLBank, IBAN: DE36 6609 0800 0000 9249 70, BIC: GENODE61BBB