

BEFREIUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT /
GEHEIMHALTUNGSPFLICHT

Hiermit erkläre ich,

.....

dass die

***Rechtsanwältin Lysann Berthold,
Theodor-Fontane-Straße 22,
38855 Wernigerode,***

berechtigt ist, alle vom Sozialversicherungs- bzw. Sozialleistungsträger zur Aufklärung des Sachverhaltes für erforderlich gehaltenen Unterlagen beizuziehen. Ich befreie die zu ersuchenden Stellen von ihrer Geheimhaltungspflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Soweit diese Unterlagen ärztliche Gutachten und sonstige Vorgänge medizinischer Art enthalten, erteile ich zugleich die Entbindung von der Schweigepflicht und entbinde die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin, war oder während des Verfahrens sein werde sowie die vom Leistungsträger beauftragten Sachverständigen und Ärzte von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Wernigerode, den

.....
Unterschrift