



Medizinische Gutachten
Dr. med. Bernd Sauer

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Vorname, Name, geboren am

Straße Nr., PLZ Ort

alle behandelnden Ärzte, Therapeuten, Psychologen, Sozialversicherungsträger, Angehörige anderer Heilberufe, Anwälte, Behörden, Kliniken und deren Angehörige die mich innerhalb der letzten 10 Jahre behandelt haben von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Herrn Dr. med. Bernd Sauer.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle mich betreffenden ärztlichen Dokumentationen wie z.B. Krankenakten, -blätter, -geschichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenberichte und -aufnahmen, Bildmaterialien, Gutachten und sonstige Aufzeichnungen herausgegeben und zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift