Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich, Name, Anschrift, geboren am xx.xx.xxxx, entbinde die folgenden Krankenkassen, Versicherungen

von ihrer Schweigepflicht gegenüber den

HLP. Heiermann Losch Rechtsanwälten,

Marienstraße 9-11,

30171 Hannover

und erkläre mich damit einverstanden, dass alle relevanten Auskünfte erteilt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

…, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(…)