

RAe Dr. Poggemann  
Kollegienwall 5  
49074 Osnabrück

Tel.: 0541/350700  
E-Mail: kanzlei@rae-pp.de

Az:

Schreiben Sie uns bitte stets unter  
Verwendung des Aktenzeichens!

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich den/die nachstehenden Arzt/Ärzte bzw. Angehörige/n der Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern, Krankenkassen und Behörden von seiner/ihrer gesetzlichen und/oder vertraglichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
(Titel, Vorname, Name)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Nr.)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

Vorstehende Personen und/oder Einrichtungen sind beauftragt, in meinem Namen und zu meinen Lasten die von den *RAe Poggemann, Kollegienwall 5, 49074 Osnabrück* u.U. näher spezifizierte Auskunft zu erteilen.

\_\_\_\_\_  
(Vorname, ggfls. Geburtsname, Name)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, Wohnort)

\_\_\_\_\_  
(Datum, Ort, Unterschrift; ggfls. gesetzlicher Vertreter)