



Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- Versicherungsgesellschaften,
- Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- meinen bevollmächtigten Rechtsanwälten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinen bevollmächtigten Rechtsanwälten Abschriften zugesandt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____, den _____ (Unterschrift)