

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten Rechtsanwälten, Herrn Dr. Armbrust und Frau Müller-Matysiak, Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____, den _____

Unterschrift