

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am _____
ereigneten Vorfalles behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen
Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen
und diese möglichst kurzfristig an die von mir beauftragten Rechtsanwälte zu senden.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Datum

(Unterschrift)