

ENTBINDUNGSERKLÄRUNG von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des Schadensereignisses vom _____ 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 schriftlichen erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem/der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei, nämlich

msk DIE FACHANWÄLTE, Nordring 1, 76829 Landau
(eingeschrieben) zusenden.



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift