

ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER
ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit der Angelegenheit
in..... vom behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von der
ärztlichen Schweigepflicht

und zwar gegenüber

- a. den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b. den beteiligten Gerichten und Behörden,
- c. den beteiligten Rechtsanwälten und
- d. sonstigen in der Angelegenheit beteiligten Dritten;

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragte Rechtsanwältin

Natalie von Wistinghausen, Eichendorffstr. 14 . 10115 Berlin
Telefon 030 - 226 357 - 111 . Fax 030 - 226 357 - 150

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

_____, den _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)