

Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus folgendem Anlass:

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

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei, nämlich

**Rechtsanwalt
Stefan Schulz
Leipziger Straße 11, 01662 Meißen
Telefon: 03521 476 9820
Telefax: 03521 476 9293**

(ggf. eingeschrieben) zusenden.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Ort, Datum: _____

(Unterschrift)