

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit die Ärzte

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

die mich aus 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; insbesondere meinem Bevollmächtigten

Anwaltskanzlei Jan Tübben, Merkurstr. 12, 56410 Montabaur

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Ort, Datum

Unterschrift