

# Erklärung

## Über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.:

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der oben genannten Sache stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten Rechtsanwälten

Dr. Imhof & Partner, Weißenburger Straße 20 – 22, 63739 Aschaffenburg

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name :

Geburtsdatum :

Anschrift :

---

Ort, Datum

---

Unterschrift