

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich,

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des erlittenen Vorfalles vom

behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften;
- b) den beteiligten Gerichts- und Strafverfolgungsbehörden;
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragte Anwaltskanzlei

Rechtsanwälte
Dressler Hehrs Gebauer Jentsch Ragsch
Partnerschaft mbB

Hochstraße 4
44866 Bochum

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

Ort, Datum

Unterschrift