

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorfall vom:

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Kliniken und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass diese Ärzte Auskünfte an meine Rechtsanwälte sowie von jenen bevollmächtigte Dritte erteilen, soweit diese sie für erforderlich erachten. Dies gilt auch für Auskünfte, die mit dem oben genannten Vorfall im Zusammenhang stehen, einschließlich Vorerkrankungen.

Meine Rechtsanwälte dürfen, soweit sie dies für erforderlich halten, Informationen an die beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gericht, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträger weitergeben. Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind meinen Bevollmächtigten,

**Rechtsanwälte Meister, Maier, Steinacher & Kollegen,
Kirchheimer Straße 60, 72622 Nürtingen,**

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Untervollmacht darf von ihnen erteilt werden. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

....., den
(Ort)

.....
(Unterschrift)