

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erteile ich,

Name, Vorname

Anschrift

PLZ, Ort

sämtlichen Ärzten, die mich aus Anlass

Grund der Befreiung und Datum

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

- den ggf. beteiligten Versicherungsgesellschaften;
- den ggf. beteiligten Gerichten, Strafverfolgungs- und sonstigen Behörden,
- den ggf. beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass alle angefragten Ärzte sämtliche Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und je eine einfache Ablichtung an den von mir beauftragten Rechtsanwalt, Herrn Georg Jablukov, Berlin, übersenden.

Ort, Datum

Unterschrift