

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.:

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwältinnen, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit meinen Erkrankungen stehen und dass von allen Briefen, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten Rechtsanwältinnen

Breuer und Gutowski, Bahnhofstraße 30, 42499 Hückeswagen

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

I. Behandelnde Ärzte:

1. Name----- Tel.

Anschrift-----

2. Name----- Tel.

Anschrift-----

II. Krankenhaus, Kurklinik:

Name----- Tel.

Anschrift-----

Name, Anschrift des Patienten:

Hückeswagen, den-----

Unterschrift