

ERKLÄRUNG
ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

1. den beteiligten Versicherungsgesellschaften
2. den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
3. den beteiligten Rechtsanwälten.

mit der Maßgabe, dass meinen Bevollmächtigten

Weßling Kambach Bitzer Rechtsanwälte
Sandstiege 12
48529 Nordhorn

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name und Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl und Ort

Ort, und Datum

Unterschrift