

ERKLÄRUNG

zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

alle Ärzte, die mich aus Anlass des am _____ erlittenen _____
behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und
zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragten Rechtsanwälte,

Roth | Partner, Gohliser Straße 1, 01159 Dresden

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

_____, den _____

(Unterschrift)