

Erklärung

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

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten
- den Gutachtern

Name

Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ort, Datum:

Unterschrift: _____