

## Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich 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/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin, nämlich

Kanzlei Dichgans + Kollegen

Rechtsanwälte Josef Dichgans, Heike Haffelder-Paret, Franz Dichgans, Samantha Gross

Franziskanerstr. 15, 88662 Überlingen

---

(eingeschrieben) zusenden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

(Unterschrift)