

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 am See
Rechtsanwälte Haffelder-Paret, Slieper
Franziskanerstr. 15, 88662 Überlingen

(eingeschrieben) zusenden.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Ort, Datum

(Unterschrift)