

Entbindung von ärztlicher Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

_____ (Name und Anschrift,

geboren am _____

alle Ärzte, die mich aufgrund des Vorfalls vom _____ behandelt haben

bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den zuständigen Gerichten
- b) der zuständigen Staatsanwaltschaft
- c) den beteiligten Rechtsanwälten
- d) den beteiligten Versicherern

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei

SALEWSKY-Anwaltskanzlei
Ahrensburger Str. 105
22045 Hamburg

zusenden.

Folgende Ärzte haben mich behandelt:

_____ (Name und Anschrift)

_____ (Name und Anschrift)

_____ (Name und Anschrift)

.....

Ort / Datum

.....

Unterschrift