

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

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

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

unter der Bedingung, daß die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei Christin Lehné, Hauptstraße 37, 66849 Landstuhl, zusenden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ort, Datum, Unterschrift