

Entbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

alle Ärzte, die mich aus Anlass des Vorfalls vom _____ 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

Die behandelnden Ärzte

a) _____

b) _____

c) _____

sind berechtigt, schriftliche Auskünfte und Stellungnahmen abzugeben.

48691 Vreden, den _____

Unterschrift