

Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des Vorfalles 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/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 zusenden, nämlich

Rechtsanwälte

Reinhard Hebbelmann und Sabine Heyen

Hauptkanal links 59, 26871 Papenburg

Telefon: 04961/ 94 33 9-0 - Telefax: 04961/94 33 9-20

E-Mail: info@kanzlei-hebbelmann.de

Name (Patient):

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ort, Datum

(Unterschrift)