

ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER  
ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit der Angelegenheit  
in..... vom ..... behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von der  
ärztlichen Schweigepflicht

und zwar gegenüber

- a. den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b. den beteiligten Gerichten und Behörden,
- c. den beteiligten Rechtsanwälten und
- d. sonstigen in der Angelegenheit beteiligten Dritten;

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragte Rechtsanwaltskanzlei

Prof. Dr. Streich & Partner, Eichendorffstr. 14, 10115 Berlin  
Tel.: (030) 226 35 71 – 0 Fax: (030) 226 35 71 – 50

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort)

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)