

ERKLÄRUNG

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Ärztliche Behandlung vom
.....

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den durchgeführten ärztlichen Behandlungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten

**Rechtsanwälten Rapps, Brückner, Ahegger, Wöhrle,
Partnerschaftsgesellschaft
sowie Rechtsanwälten Feneberg, Armatage, Laudien, Bartenbach
als freien Mitarbeitern
Großer Kornhausplatz 3, 87439 Kempten (Allgäu)**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Kempten, den