

# ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Fax (0 33 28) 33 66 049

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_  
erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen  
Schweigepflicht, und zwar gegenüber:

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

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragte Anwaltskanzlei, nämlich

**Rechtsanwalt, John Christall, Rheinstraße 3, 14513 Teltow**

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

## eigene Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_