

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht



Hiermit entbinde ich

Name

Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

Wohnanschrift / Straße

PLZ / Ort

alle Ärzte, die mich behandelt haben und behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar insbesondere gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Strafverfolgungsbehörden sowie gegenüber meinen Anwälten Dr. Herzog Rechtsanwälte, Postfach 11 88, 83013 Rosenheim.

Rosenheim, Datum

Unterschrift