

## **Erklärung**

Ich entbinde hiermit alle Ärzte die mich behandelt haben bzw. behandeln werden, von  
der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) dem / den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten
- d) den Gutachtern

**Name:**

**Geburtsname:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Anschrift:**

**Ort / Datum**

**Unterschrift**