



SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Geburtsort:.....

Anschrift:.....

Behandlungsanlass:.....

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus oben bezeichnetem Anlass behandelt haben, von ihrer Pflicht zur ärztlichen Verschwiegenheit und ermächtige diese,

- meinem Rechtsanwalt, Herrn,
Kaiserring 38, 68161 Mannheim,
- der Haftpflichtversicherung:
- der Unfallversicherung:
- der Unfallkasse:
- der Berufsgenossenschaft:
- der Krankenkasse:
- der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte,
- der Landesversicherungsanstalt für Angestellte,
- dem Sachverständigen:

alle von dort gewünschten Informationen zu erteilen.*

(* Zutreffendes bitte ankreuzen)

.....,den

Unterschrift