



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 Wolfram Grebenstein, 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