

**Erklärung über die Entbindung von der
ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich,

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

.....

alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit der Angelegenheit

in.....vom.....

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht
und zwar gegenüber

- a. den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b. den beteiligten Gerichten und Behörden,
- c. den beteiligten Rechtsanwälten und

unter der Bedingung, dass der von mir bevollmächtigte

Rechtsanwalt Olaf Reinecke
Jahnstraße 1 in 23568 Lübeck
Tel.: 0451 / 98 94 270
Fax: 0451 / 98 94 269
E-Mail: info@anwalt-reinecke.de

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

....., den.....

.....
(Unterschrift)