

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Betrifft:

Hiermit entbinde ich,

meinen behandelnden Arzt,

.....

.....

hinsichtlich der auf das oben genannte Ereignis folgenden Behandlung von deren/dessen
ärztlicher Schweigepflicht.

Ich bitte, meinen Rechtsanwälten, den Herren Martin R. Lüdecke und Jens-Paul Wernitzki,
Witzlebenstraße 31, 14057 Berlin, sowie der Versicherungsgesellschaft

.....

alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift