

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

.....
.....
.....

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

alle Ärzte und deren berufstätige Gehilfen, die mich wegen des

Vorfalles vom

behandelt haben oder noch behandeln werden, von ihrer Schweigepflicht

unter der Bedingung, dass sie Auskünfte nur schriftlich erteilen und sie

im Original oder in Kopie senden an:

Rechtsanwalt Hans Reiner Weber
Langendorfer Straße 145
56564 Neuwied
Fax: 02631916517
E-Mail: info@rechtsanwalt-weber.com

.....
(Datum, Ort)

.....
(Unterschrift)