

DRUCKVORLAGE

(Dieses Formular bitte ausdrucken, ausfüllen und **unterschrieben** an die Kanzlei faxen oder der Kanzlei zukommen lassen.)

E r k l ä r u n g

über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorfall vom:

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, die mich behandelt haben bzw. behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung steht unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten

**Rechtsanwaltskanzlei
Martin Trautmann
Hans-Glück-Str. 19
82380 Peißenberg**

zusenden.

Name:.....

Anschrift:

Geburtsdatum:

....., den

(Unterschrift)