

# **E R K L Ä R U N G**

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Ärztliche Behandlung vom

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den durchgeführten ärztlichen Behandlungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften, Gutachten und bildgebendem Material den bevollmächtigten

**Rechtsanwälten Rapps, Ahegger, Wöhrle Partnerschaftsgesellschaft mbB, Residenzplatz 1, 87435 Kempten (Allgäu)**

Abschriften und ggf. Originale zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Kempten, den .....