

Entbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

alle Ärzt:innen, die mich aus Anlass des Vorfalls vom _____ behandelt haben beziehungsweise behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- c) den beteiligten Rechtsanwäl:t:innen.

Die behandelnden Ärzt:innen

a) _____

b) _____

c) _____

sind berechtigt, schriftliche Auskünfte und Stellungnahmen abzugeben.

_____, _____

Ort

Datum

Unterschrift