

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

alle mich aufgrund des Vorfalles vom _____ (Datum bitte eintragen)
behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten,
Gerichten und/oder Strafverfolgungsbehörden und Versicherungsgesellschaften unter
der Bedingung, daß von allen ärztlichen Berichten eine Kopie den von mir beauftragen
Rechtsanwälten

Anwaltskanzlei
Leitmann & Braun Noviello
Schlosskirschenweg 26
69124 Heidelberg

übermittelt wird.

Heidelberg, den _____

Unterschrift