

# ERKLÄRUNG

## zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

.....  
*Name*

.....  
*Vorname*

.....  
*Geburtsdatum*

.....  
*Anschrift*

den behandelnden Arzt

.....  
*Name*

.....  
*Vorname*

.....  
*Praxis*

.....  
*Anschrift*

von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die von uns beauftragten Rechtsanwälte der STADER Rechtsanwälte GbR gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhalten.

.....  
*Ort, Datum*

.....  
*Unterschrift Patient*