

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht



Hiermit entbinde ich

Name

Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

Wohnanschrift / Straße

PLZ / Ort

alle Ärzte, die mich behandelt haben und behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar insbesondere gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Strafverfolgungsbehörden sowie gegenüber meinen Anwälten **Dr. Herzog Rechtsanwälte, An der Bürgermühle 4, 83022 Rosenheim, www.drherzog.de.**

Rosenheim, Datum

Unterschrift