

SCHWEIGEPFLICHT- ENTBINDUNGSERKLÄRUNG

RECHTSANWÄLTIN
**KATHRIN
RAUSCH**

Ich,

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Anschrift

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit

.....
Ereignis

vom behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht,
und zwar gegenüber

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

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich
eine Kopie an die von mir beauftragte Kanzlei

Rechtsanwältin Kathrin Rausch

senden.

Ort, Datum:

Unterschrift: