

# ERKLÄRUNG

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Herrn/Frau Dr.med.

---

---

---

---

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten Rechtsanwältin Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Bitte füllen Sie diese Erklärung vollständig aus und senden sie per Fax oder Briefpost an:

Rechtsanwaltskanzlei Exner  
Oberdörnen 69  
42283 Wuppertal  
Fax: 0202 - 30 99 253