

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

in Sachen:

Hiermit entbinde ich:

.....

alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt:

Rechtsanwalt Burkhard Dorn
Schlossplatz 3, 06844 Dessau-Roßlau
Aktenzeichen:

Abschriften oder Kopien zur Verfügung gestellt werden.

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

in Sachen:

Hiermit entbinde ich:

.....

alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt:

Rechtsanwalt Burkhard Dorn
Schlossplatz 3, 06844 Dessau-Roßlau
Aktenzeichen:

Abschriften oder Kopien zur Verfügung gestellt werden.

.....

(Datum)

.....

(Unterschrift)