

## Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

---

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der oben genannten Angelegenheit stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten Rechtsanwälten Weiss und Wunderle, Morellstr. 33, 86159 Augsburg, Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift