

Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei

Greiner und von Witzleben, Kaiser-Joseph-Straße 247, 79098 Freiburg

sowie den beteiligten Versicherungsgesellschaften. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit meinen Erkrankungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten Rechtsanwälten Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)