

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

In Sachen

(Name des Beschuldigten/Geschädigten/Opfers)

Geburtsdatum und -ort

entbinde ich hiermit sämtliche Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Rechtsanwälten
- den beteiligten Gerichten und Behörden
- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gutachtern oder Gutachterkommissionen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte (erlittene Verletzungen, etwaige Befunde, etc.) an oben benannte Beteiligte erteilt werden können, unter der Voraussetzung, dass die Ärzte die Auskünfte und Stellungnahmen **schriftlich** erteilen und jeweils zusätzlich eine Kopie an die von mir beauftragte Anwaltskanzlei

ANWALTSKANZLEI EDER

Salzstr. 66

83395 Freilassing

Tel.: 08654 / 3096341

Fax: 08654 / 3096342

übersenden.

Der von mir beauftragten Anwaltskanzlei dürfen Auskünfte zusätzlich auch mündlich erteilt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Mandant