

Erklärung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich behandelt haben und behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtentbindungserklärung bezieht sich auf folgenden Anlass:

Die Entbindungserklärung soll gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen

wirksam sein und wird unter der Bedingung erteilt, dass die Auskünfte schriftlich erteilt werden und davon jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten Rechtsanwalt,

**Herrn Rechtsanwalt Andreas Mroß
Meesenring 2, 23566 Lübeck
Tel.: 0451-58 22 333; Fax: 0451-58 22 334**

zugesandt wird.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____, den _____

(Unterschrift)