

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

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

Geburtsort: \_\_\_\_\_

alle mich aufgrund des Vorfalles vom \_\_\_\_\_ (Datum bitte eintragen)

behandelnde Ärzte von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Gerichten und/oder Strafverfolgungsbehörden und Versicherungsgesellschaften unter der Bedingung, daß von allen ärztlichen Berichten eine Kopie den von mir beauftragten Rechtsanwälten

Rechtsanwaltskanzlei Braun - Noviello  
Neuenheimer Landstr. 5  
69120 Heidelberg

übermittelt wird.

Heidelberg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift, \_\_\_\_\_