

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

(Vorname, Name)

(Anschrift)

(Geburtsdatum)

alle Ärzte, die mich in Zusammenhang mit
(Ereignis)

vom
(Datum)

behandelt haben oder behandeln werden, gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten, Versicherungsgesellschaften, Strafverfolgungsbehörden und Gerichten von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindung erfolgt unter der Bedingung, dass die Auskünfte schriftlich erteilt und dem von mir beauftragten Rechtsanwalt

Mindaugas Jacinevicius
Wasserstr. 5, 13597 Berlin
Tel: 030 120 76 44 90
Fax: 030 120 76 44 99

jeweils in Kopie übersandt werden.

(Ort/Datum)

(Unterschrift)