

# Schweigepflichtentbindungserklärung:

Drucken Sie die folgende Seite aus und senden Sie sie an die unten stehende Adresse!

## Rechtsanwalt Werner Ebbert

Arnsbergerstraße 77- 59759 Arnsberg - Tel. 02932/53119 – Fax: 53039 - e-mail: info@Rechtsanwalt-Ebbert.de

### Erklärung

Hiermit entbinde ich

**Name** \_\_\_\_\_ **geboren am** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

alle Ärzte, die mich in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ behandelt haben, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

1. den beteiligten Versicherungsgesellschaften
2. den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
3. den beteiligten Rechtsanwälten

Bedingung ist, dass sie die Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Abschrift an den von mir beauftragten

**Rechtsanwalt Werner Ebbert**

**Arnsbergerstraße 77**

**59759 Arnsberg**

übersenden.

**Name und Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärzte:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift