



**Erklärung über die Entbindung von der Geheimhaltungs-  
bzw. ärztlichen Schweigepflicht**

des/der .....

wohnhaft in .....

.....

geboren am .....

In dem Rechtsstreit

...../.....

entbinde ich alle behandelnden Ärzte, auch diejenigen, bei denen ich früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner rechtlichen Vertreterin, der Rechtsanwältin Dana Lippmann, Seelübber Weg 3, 17291 Prenzlau, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und von allen zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltene Unterlagen (z.B. Krankengeschichten, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen etc.) der bevollmächtigten Rechtsanwältin Abschriften zur Verfügung gestellt werden und diese Unterlagen im Rechtsstreit beigezogen werden.

Ich stimme zu, die Unterlagen und Auskünfte im Verfahren zu verwenden.

Datum .....

Unterschrift .....