

Name:

geb. am:

Adresse:

Unser Aktenzeichen:

Vorfall:

### Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die mich aus Anlass des Vorfalls vom ..... behandelt haben und behandeln werden, von ihrer Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Auskünfte und Stellungnahmen nur schriftlich erteilt und den von mir beauftragten Rechtsanwälten aus der Kanzlei

Salleck + Partner  
Spardorfer Straße 26  
91054 Erlangen

auf deren Anforderung hin als Abschrift zugesandt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum