

Wilhelmstr. 29
42697 Solingen

ERKLÄRUNG

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Herrn/Frau Dr.med. _____

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

_____, den _____

Unterschrift _____