



# ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Betrifft: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_

meinen behandelnden Ärzte,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

hinsichtlich der auf das oben genannte Ereignis folgenden Behandlung von deren  
ärztlicher Schweigepflicht.

Ich bitte, meinem Rechtsanwalt Martin R. Lüdecke, Witzlebenstraße 31,  
14057 Berlin, sowie der Versicherungsgesellschaft

\_\_\_\_\_

alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift