

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

KANZLEI KORVES & KOLLEGEN
RECHTSANWÄLTE
JOCHEN KORVES • CATRIN LEVERS
Salzstraße 52, 48143 Münster

Ich entbinde hiermit die nachfolgend aufgeführten Ärzte

die mich aus Anlass _____

behandelt haben bzw. in Zukunft behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden und
- den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten Kanzlei Korves & Kollegen, Salzstraße 52, 48143 Münster, nämlich

zuzusenden.

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

berufliche Tätigkeit / Art der Beschäftigung: _____

Datum

Unterschrift