

## Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreffend

---

entbinde ich hiermit die behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

**T e r s t e g g e & H e r b**  
Rechtsanwaltspartnerschaft  
Salzstr. 22/23, 48163 Münster

sowie

- Gerichten, Strafverfolgungsbehörden
- beteiligten Versicherungsgesellschaften.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, und daß weiterhin von allen Berichten, Auskünften, Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( Ort )

\_\_\_\_\_  
( Datum )

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift )