

---

## Schweigepflichtentbindung

---

Ich entbinde hiermit alle Ärztinnen und Ärzte, die mich während  
und nach der ...

---

---

---

(Behandlungsform und -daten eintragen !)

behandelt haben bzw. werden, von der Schweigepflicht und  
zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass Auskünfte und Stellungnahmen  
schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie  
den von mir beauftragten Rechtsanwälte übersenden:

**MELCHER·MORAT · Rechtsanwälte,**  
**Kaiser-Joseph-Str. 262 / Rempartstr. 1, 79098 Freiburg**  
**Tel: 0761 / 7 91 87-0; Fax: 0761 / 7 91 87-78**

Name:

---

---

Geburts-Datum:

---

Anschrift:

---

---

---

Ort / Datum

Unterschrift

---

---