

[§] [Rechtsanwalt Eckhard Lüllmann] [§]

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht der Heilberufe

Ich entbinde hiermit alle Ärzte und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten, die mich aus Anlass des am _____ erlittenen Unfalls/Vorfalles behandelt haben bzw. behandeln von der gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- a.) den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b.) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden und
- c.) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen.

Es wird höflichst darum gebeten, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie an den von mir beauftragten

Rechtsanwalt
Eckhard Lüllmann
Syker Straße 188
27751 Delmenhorst
Telefon 04221-91 606 97
Fax 04221-91 606 98

senden.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift