

## Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass meiner Erkrankung am .....  
behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar ge-  
genüber

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

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und  
davon jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten Anwaltsbüro

**Dr. Hofmann & Schöpfle, Beiertheimer Allee 18, 76137 Karlsruhe**

zusenden.

Name : .....

Vorname : .....

Geburtsdatum : .....

Anschrift : .....

.....

(Unterschrift)