



---

---

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

---

---

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich im Zeitraum vom.....

in Zusammenhang mit.....

.....

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

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

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

**Maik Hieke, Anwaltskanzlei Hieke, Große Bäckerstraße 2-4, 21335 Lüneburg**

(eingeschrieben) zusenden

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

Lüneburg, den \_\_\_\_\_ (Unterschrift)