

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Den Arzt / die Ärztin \_\_\_\_\_

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt und ggf. dem zuständigen Gericht Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

---

Bitte füllen Sie diese Erklärung vollständig aus und senden sie per Fax oder Briefpost an:

Rechtsanwalt  
Jan Braun  
Harkortstraße 19  
04107 Leipzig  
Fax: (0341) 48 17 975