

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

.....  
.....  
.....

(genauer Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum des Mandanten)

alle Ärzte und deren berufstätige Gehilfen, die mich wegen des

Vorfalles vom .....

behandelt haben oder noch behandeln werden, von ihrer Schweigepflicht

unter der Bedingung, dass sie Auskünfte nur schriftlich erteilen und sie im Original oder in Kopie senden an:

**Kowald und Partner,  
Rechtsanwälte im Hundertwasserhaus,  
Neckarstraße 3, 73027 Plochingen  
Fax: 0 71 53 7 25 91  
E-Mail: [info@kowald-partner.de](mailto:info@kowald-partner.de)**

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)