

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich,

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort)

alle Ärzte, die mich aus Anlass des folgenden Geschehnisses:

behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus, 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 von mir beauftragten Rechtsanwalt

KLAUS D. OSTEN
RECHTSANWALT

AM BUDDEPLATZ 1
13507 BERLIN

zusenden.

Berlin, den

.....
(rechtsverbindliche Unterschrift)