

## SCHWEIGEPFLICHT-ENTBINDUNGSERKLÄRUNG

<b>Name</b> (Anrede, Vorname, Name)	<b>Wohnort</b> (Straße, PLZ, Ort)
<b>Telefon</b> (Vorwahl - Nummer)	<b>Mobiltelefon</b> (Vorwahl - Nummer)
<b>Telefax</b> (Vorwahl - Nummer)	<b>Email Adresse</b> (name@domain.de)
<b>Korrespondenz</b> Bei Nachfragen zu Ihrem Fall benötigen wir noch die Angabe, wie wir Sie am besten erreichen können.  <input type="checkbox"/> Briefpost <input type="checkbox"/> Email	<b>Aktenzeichen</b>  <b>In Sachen</b>

### ERKLÄRUNG

- Ärzte
- Zahnärzte
- Angehörige anderer Heilberufe einschließlich deren Bedienstete
- sonstige, zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen

für alle im Zusammenhang mit dem oben angegebenen Verfahren anfallenden Fragen und Auskünfte von ihrer ärztlichen/beruflichen Schweigepflicht (einschl. Vor-erkrankungen) gegenüber

1. den beteiligten Strafverfolgungsbehörden und Gerichten
2. meinen Rechtsanwälten
3. den beteiligten Sozialversicherungsträgern
4. den beteiligten Versicherungsgesellschaften

unter der Bedingung, daß die Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilt werden und davon jeweils eine Kopie den von mir beauftragten Rechtsanwälten

Kanzlei Akgül, Gneisenastr. 94, 10961 Berlin

zugesendet wird.

Die Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

**Unterschrift** (Ort, Datum, Unterschrift)