

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinem Bevollmächtigten

**Rechtsanwalt Uwe Lukat
Nürnberger Straße 65
D-91052 Erlangen
Tel. 09131 / 810 46 20
Fax. 09131 / 810 46 29**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

, den .20..

Unterschrift