

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorfall vom _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Kliniken und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass diese Ärzte Auskünfte an meine Rechtsanwälte sowie von jenen bevollmächtigte Dritte erteilen, soweit diese sie für erforderlich erachten. Dies gilt auch für Auskünfte, die mit dem oben genannten Vorfall im Zusammenhang stehen, einschließlich Vorerkrankungen.

Meine Rechtsanwälte dürfen, soweit sie dies für erforderlich halten, Informationen an die beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gericht, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträger weitergeben. Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind meinen Bevollmächtigten,

**Rechtsanwälte Meister, Maier, Steinacher, Kessler & Kollegen,
Kirchheimer Straße 60, 72622 Nürtingen,**

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Untervollmacht darf von ihnen erteilt werden. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ort, Datum

Unterschrift

RECHTSANWÄLTE

Reinhard Meister*
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Michael Maier
Partner
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Ulrich Steinacher
Partner
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Robert Kessler
Partner
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Dagmar Aulmann-Hutzl
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Familienrecht

Dr. Mona Anwar
Rechtsanwältin

Chantal Cremer
Rechtsanwältin

Gabriele Maier
Rechtsanwältin

* Freier Mitarbeiter

**ANWALTSKANZLEI MEISTER,
MAIER, STEINACHER,
KESSLER & KOLLEGEN**
Kirchheimer Straße 60
72622 Nürtingen

TEL 07022 97930
FAX 07022 979397
zentrale@kanzlei-meister.de
www.kanzlei-meister.de

BANKVERBINDUNGEN

KSK Esslingen
IBAN DE06 6115 0020 0100
5779 69
BIC ESSLDE66XXX

VB Nürtingen
IBAN DE13 6129 0120 0377
3810 04
BIC GENODES1NUE