

## Erklärung

Ich, \_\_\_\_\_, entbinde hiermit alle Ärzte, die mich oder  
aus Anlass aller Untersuchung im Jahre 20\_\_ behandelt haben, von der ärztlichen  
Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

dergestalt, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und  
davon jeweils zugleich eine Kopie dem/der von mir beauftragen  
Rechtsanwalt/Rechtsanwältinnen, nämlich

**Rechtsanwältin Frauke Staab, Viktoriastraße 41 A, 45327 Essen  
bzw. in Untervollmacht für RA R. Staab (freier Mitarbeiter),  
bzw. in Untervollmacht für RAin M. Hasebrink (freie Mitarbeiterin),**

(eingeschrieben) zusenden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

DIE DATENSCHUTZERKLÄRUNG ([WWW.KANZLEI-ESSEN.RUHR](http://WWW.KANZLEI-ESSEN.RUHR)) IST MIR BEKANNT.

ICH STIMME ZU, DASS MEINE ANGABEN UND DATEN ZUR BEANTWORTUNG MEINER  
ANFRAGE ELEKTRONISCH ERHOBEN UND GESPEICHERT WERDEN.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an [info@kanzlei-Essen.ruhr](mailto:info@kanzlei-Essen.ruhr) widerrufen.)