

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft: _____

Hiermit entbinde ich

Herrn/Frau Dr. med.

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit der Erteilung aller Auskünfte über meine Behandlung wegen erkläre ich mich hiermit einverstanden, wenn die Auskünfte gegenüber den von mir bevollmächtigten Rechtsanwälten

**Heiko Urbanzyk und Christian Engel aus 48653 Coesfeld, Kellerstraße 4 / 1. OG,
Tel.: 02541-9703000**

erteilt werden.

Hinweis nach § 49 b BRAO: Die gesetzlichen Gebühren unserer Tätigkeit sind geregelt im Rechtsanwaltsvergütungsgesetz und berechnen sich außer in Strafsachen und sozialgerichtlichen Angelegenheiten nach dem Gegenstandswert der rechtlichen Auseinandersetzung.

_____, den _____

Unterschrift