



**LEANDER VAN VELZEN**  
RECHTSANWALTSKANZLEI

## Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_ verübten Delikts, Unfalls oder sonstigen Geschehens behandelt haben oder in der Folge noch behandeln werden. Diese Entbindung gilt gegenüber den folgenden Akteuren:

Den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

Den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden

Den beteiligten medizinischen Gutachtern

Den beteiligten Versicherungsgesellschaften

Bedingung für die Aufhebung der Schweigepflicht ist, dass alle behandelnde Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen ausschließlich schriftlich erteilen und ein Duplikat jeweils an den von mir beauftragten **Rechtsanwalt Leander van Velzen, Wilhelmsstraße 27, 34117 Kassel** übersenden.

Name: Vorname: Geburtsdatum: Anschrift:

---

---

---

---

(Unterschrift)

(Ort und Datum)