

ANWÄLTliche SCHWEIGEPFLICHT- ENTBINDUNGserKLÄRUNG	
------------------------------------------------------	--

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Tätigkeitsanlass: \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich die Rechtsanwälte und Rechtsanwältinnen der Kanzlei **KUCKLICK** Rechtsanwälte eG&R von ihrer Pflicht zur anwaltlichen Verschwiegenheit. Ich ermächtige sie,

- den Familienangehörigen: \_\_\_\_\_
- der Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_
- der Unfallversicherung: \_\_\_\_\_
- der Unfallkasse: \_\_\_\_\_
- der Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_
- der Krankenkasse: \_\_\_\_\_
- dem Sachverständigen: \_\_\_\_\_
- Sonstigen: \_\_\_\_\_
- der Deutschen Rentenversicherung
- den Gerichten,
- der Staatsanwaltschaft,
- der Polizei

alle von dort erbetenen Informationen zu erteilen. (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift