

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Vorfall vom

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Ort

alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen aus obigem Vorfall stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten Rechtsanwaltskanzlei Hewer, Bismarckstraße 4, 65582 Diez Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

....., den

Unterschrift