

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Unfall vom:

Hiermit entbinde ich 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 Unfallverletzungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten:

Herrn Rechtsanwalt Steffen Bannert
Kranichstraße 20
99734 Nordhausen

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ / Ort:

Ausgefülltes Formular bitte
ausdrucken und hier
unterschreiben.

Ort

Datum

Unterschrift