

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 hiermit 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

Rechtsanwalt

Andreas Asmus

Goethestr. 24, 99817 Eisenach

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

.....

Ort/Datum

.....

Unterschrift