

ERKLÄRUNG

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall/Vorfall 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 meinem bevollmächtigten Rechtsanwalt

Jürgen Volbracht
Kaiserstraße 34
42477 Radevormwald

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Radevormwald, _____

(Unterschrift)