

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Schadenfall vom _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Rechtsanwältin, Gerichten und der _____ Versicherung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen des o. g. Schadenfalles stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten

Rechtsanwältin Undine Bergmeyer
Erich-Martens-Str. 67
32257 Bünde
Tel.: 05223 / 1 04 31
Fax: 05223 / 1 04 83

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Ort / Datum)

(Unterschrift)