

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreffend: Unfall / Vorfall vom _____ in _____

Herrn / Frau Dr. med. _____

in _____

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß alle erforderlichen Auskünfte, die mit den durch den vorgenannten Unfall / Vorfall erlittenen Verletzungen im Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können.

Voraussetzung für mein Einverständnis ist, daß die von mir beauftragten Rechtsanwälte

A | B | M | O

RECHTSANWÄLTE

Partnerschaftsgesellschaft

Osterbronstr. 54 · 70565 Stuttgart	Isabellenstraße 6 · 50678 Köln
Tel +49 (0) 711 / 912 463 63	Tel +49 (0) 221 / 471 62 68
Fax +49 (0) 711 / 912 463 64	Fax +49 (0) 221 / 272 45 85

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte erhalten.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift