

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich

Name: _____

Vorname: _____

Geboren: _____

Anschrift: _____

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass der am

_____ in _____

(Datum) (Ort des Unfallgeschehens)

erlittenen Verletzungen behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten Kanzlei:



Bgm.-Wohlfarth-Str. 46 in 86343 Königsbrunn
Telefon: 08231 91015 Telefax: 08231 91017
E-Mail: schwab@rechtsanwalt-koenigsbrunn.de

zusenden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift