

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall/Vorfall vom _____ in _____

Patient: _____

Herrn/Frau Dr. med. _____
in (genaue Adresse) _____

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den erlittenen Unfallverletzungen im Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können. Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass der von mir beauftragte

Rechtsanwalt
Jörg Bleher
Glanstraße 9
66901 Schönenberg-Kübelberg
Tel.: 06373- 7632 Fax: 06373-7526

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

_____,den _____

Unterschrift