

Erklärung
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Unfall vom

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

.....
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

.....
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

.....
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

.....
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

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 dem(n) bevollmächtigten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin

DR. NISSEN & HEINICKE
Partnerschaft mbB
Altenholzer Straße 5-7
24161 Altenholz

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

....., den

.....
Unterschrift