

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, insbesondere:

- _____
- _____
- _____
- _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungen, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen stehen und, dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten Anwaltskanzlei Metz & Lichtenberg, Bahnhofstraße 16 a, 37308 Heiligenstadt, Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Mandant:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

PLZ, Wohnort: _____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift