

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

aufgrund des

Vorfalls/Unfalls vom

Ich entbinde alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften und Gerichten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem oben genannten Fall im Zusammenhang stehen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht unter der Voraussetzung, dass den von mir beauftragten Rechtsanwälten,

A – Kanzlei, RA Orhan Aykaç, Konrad-Adenauer-Allee 63, 86150 Augsburg

von allen Auskünften unaufgefordert Abschriften erteilt werden.

..... den

.....
Unterschrift