

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

alle Ärzte, nämlich:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

die mich aus Anlass des am erlittenen Unfalls/Behandlung/Vorfall behandelt
haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragte Anwaltskanzlei

*Rechtsanwältin Cathrin Lorenz
Am Schloßberg 1
98646 Hildburghausen
Tel.: 03685 706045
Fax: 03685 706065*

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Hildburghausen, den

.....

Unterschrift