

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Vorfall vom in
(Datum) (Ort)

Hiermit entbinde ich,

wohnhaft

Herrn / Frau Dr. med
(Name der behandelnden Ärzte)

in

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 die von mir beauftragte Rechtsanwaltskanzlei RA Michael Eichin, Friedrichstr. 11, 68199 Mannheim, mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der Auskünfte bzw. Unterlagen erhält.

Mannheim, den (Datum) (Unterschrift)