

Erklärung
über die Entbindung von der Schweigepflicht

Betr.: Unfall / Vorfall vom in
(Unfall-/Vorfalldatum) (Ort)

Hiermit entbinde ich,

Herrn / Frau
(Name Arzt / Therapeut / sonstige Person)

in
(Adresse)

von der Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte bezüglich des o.g. Unfalls/Vorfalls 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
Michael A. Eichin
Friedrichstr. 11
68199 Mannheim
Tel.: +49-(0)621 / 80 61 98 90
Fax: +49-(0)621 / 80 61 98 96
eMail: Kanzlei@RA-Eichin.de

zeitgleich eine Durchschrift der Angaben erhält.

Mannheim, den
(Datum) (Unterschrift)