

Erklärung
über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Unfall vom _____

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt

Bernhard Trögl, Marktplatz 5, 91785 Pleinfeld

sowie

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____, den _____

Unterschrift