ENTBINDUNGSERKLÄRUNG

von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Unfall / Vorfall vom .....

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte /Zahnärzte/ sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt/Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

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

DS-Kanzlei, RA Hans-Peter Lützow,
Widmannstr. 1, 78199 Bräunlingen

Abschriften zur Verfügung gestellt bzw. zugesandt werden.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

....

Ort, Datum Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter)