

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Unfall / Vorfall vom.....

Hiermit entbinde ich alle mich 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 meinem Bevollmächtigten,

Herrn Rechtsanwalt Wolfram Böhringer
Motorstraße 4
70499 Stuttgart

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname :.....

Geburtsdatum :.....

Anschrift :.....

.....

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)