

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Unfall/Vorfall vom _____ in _____.

Herrn/Frau Dr. med. _____

in _____

Herrn/Frau Dr. med. _____

in _____

Ärzte der Klinik _____

in _____

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht . Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den durch den vorgenannten Unfall/Vorfall erlittenen Verletzungen 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 beauftragten Rechtsanwälte

Torsten Rehfeld, Andrea Kaitschick Sönke Frischmuth, Sonja Richter

Ulzburger Straße 356 d, 22846 Norderstedt

Tel. 040-5353840 , Fax. 040-53538484 , kanzlei@wt.net.de

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhalten.

Norderstedt, den _____

Unterschrift