



Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden. Meine behandelnden Ärzte sind/waren:

1. _____

2. _____

3. _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit denen auf Grund des Unfalls vom _____ erlittenen Unfallverletzungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten

Rechtsanwalt Roland Schulte Holthausen, Albert-Schweitzer-Straße 51,
38226 Salzgitter Lebenstedt

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

_____, den _____

(Unterschrift)