

ERKLÄRUNG
über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall vom _____

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte von ihrer 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 den bevollmächtigten Rechtsanwälten der Kanzlei Kolhoff u. Kurmann, Gerichtsstraße 11, 26169 Friesoythe, Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____, den _____

(Unterschrift)