

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle mich anlässlich des am _____ erlittenen Unfalls behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten:

1. Versicherungsgesellschaften
2. Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
3. den beteiligten Rechtsanwälten bzw. Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und hiervon jeweils zugleich ein Kopie Herrn Rechtsanwalt Rainer Lübbers, Luruper Hauptstrasse 136. 22547 Hamburg zusenden.

Insbesondere wurde ich behandelt von:

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)