

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Im Hinblick auf die Verletzungen

aus dem Unfall/Vorfall vom _____ in _____

entbinde ich meinen Arzt Herrn/Frau Dr. med. _____

Praxis: _____ Anschrift: _____

Tel: _____ Erreichbarkeit: _____

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 beauftragte Rechtsanwältin

Rechtsanwälte Krafczik & Bliefert

Rechtsanwältin Kathrin Bliefert

Unter den Kolonnaden 5

18225 Kühlungsborn

Tel: 03 82 93/43 39 49

Fax: 03 82 93/43 39 48

Email: info@kanzlei-kuehlungsborn.com

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

_____, den _____