

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Im Hinblick auf die Verletzungen aus dem Unfall/Vorfall vom _____
in _____ entbinde ich

Nachname : _____

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

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 beauftragten Rechtsanwalt

Rechtsanwälte Krafczik & Bliefert

Rechtsanwalt Thomas Krafczik

August-Bebel-Straße 11

18055 Rostock

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

_____, den _____

_____, den _____