Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.:

Vorfall / Unfall vom

_____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, insbesondere

_____

_____

_____

von der 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 Gesundheitsbeeinträchtigungen bzw. Unfallverletzungen stehen, und daß von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten Rechtsanwälten Spanowsky & Dietrich, Tiergartenstr. 9, 64646 Heppenheim Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

_____

Geburtsdatum:

_____

Anschrift:

_____

_____ , den _____

Unterschrift: _____