

ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Betrifft: Unfall/
Behandlung vom _____

Hiermit entbinde ich
alle Ärzte, insbesondere
Herrn/Frau Dr. med. _____

Klinik: _____

die mich aus dem oben genannten Anlass behandelt haben bzw. behandeln von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gilt gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden und den von mir bevollmächtigten Rechtsanwälten.

Des weiteren gilt die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht nur unter der Bedingung, dass den von mir bevollmächtigten Rechtsanwälten Brinkmann und Munde GbR, Nöttentor 2 + 4, 59494 Soest, alle Berichte, Auskünfte, Gutachten und Stellungnahmen unaufgefordert nach deren Erstellung Abschriften bzw. Kopien zugesandt werden.

_____, den _____

Unterschrift