

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Unfall vom _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte 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 Unfallverletzungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt Ingo Schwartz-Uppendieck, Werner Hölck, Axel Steffen, Möllner Landstr. 12, 22111 Hamburg Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift