

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich alle Ärztinnen/ Ärzte, die mich wegen des am

_____ erlittenen Unfalles behandelt haben oder noch behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärztinnen / Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und dem von mir beauftragten und bevollmächtigten Rechtsanwalt

Dr. Norbert Klingel, Seeberg 40, 14532 Kleinmachnow

fon: 033203 86380 ; fax: 033203 803952, info@dr-klingel.de

zusenden

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort _____

Datum : _____

Unterschrift. _____