

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall vom _____

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, 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 den von mir bevollmächtigten

Rechtsanwälten
Rausch · Meder · Münchmeier
Sozien Björn Rausch, Thomas Meder, Marcus Münchmeier
Hauptstraße 23
97199 Ochsenfurt

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____, den _____
Ort

Unterschrift