

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

(Vorname und Nachname)

(Anschrift)

(Geburtsdatum)

alle behandelnden Ärzte /Zahnärzte / Angehörige anderer Heilberufe in Bezug auf den Unfall / das Schadensereignis vom _____ von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht gegenüber meinem Bevollmächtigten

Herrn Rechtsanwalt Jochen Birk, Schweinsdorfer Str. 33, 91541 Rothenburg,

den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Sozialleistungsträgern, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, welche mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen bzw. stehen können und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinem bevollmächtigten Rechtsanwalt Abschriften zur Verfügung gestellt werden. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Rothenburg o.d.T., den _____

(Unterschrift)