



WIR VERTRETEN IHRE RECHTE

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Ereignis vom _____

Ich entbinde hiermit alle mich behandelnden Ärzte bzw. Krankenhäuser / Kliniken sowie Therapeuten von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen und Behandlungen aus dem o. g. Ereignis stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem bevollmächtigten Rechtsanwalt Abschriften zur Verfügung gestellt werden können.

NAME, VORNAME: _____

GEBURTSDATUM/-ORT: _____

ANSCHRIFT: _____

Datum

Unterschrift