

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Unfall vom in

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname:	
Geburtsdatum und Ort:	
Anschrift:	

dass ich alle Ärzte, die mich behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, bevollmächtigten Rechtsanwälten und im Streitfall den zuständigen Gerichten entbinde.

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

Robby Semmling, Preußenstraße 48, 12524 Berlin

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Ort, den

.....
(Unterschrift)