

E R K L Ä R U N G
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft: Unfall/Ereignis vom _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

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 Gutachtern den bevollmächtigten Rechtsanwälten

Horstmann, Brinkmann, Klüppel u. Nienerza
Staugraben 1 A
26122 Oldenburg,

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich wurde behandelt von (genaue Bezeichnung, vollständige Anschrift:

_____, den _____ (Unterschrift)