

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

alle Ärzte, die mich aus Anlass des Unfalls /des Ereignisses vom _____
behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und
zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich
erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie den von mir beauftragten
Rechtsanwälten, nämlich

Rechtsanwälte Stubenrauch, Nienstedt, Dose,
Peterstraße 19, 25335 Elmshorn,

zusenden.

Elmshorn, den

(Unterschrift)