

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Vorname, Name

Straße, Haus Nr.:

PLZ, Ort

Geburtsdatum

sämtliche mich wegen des Unfalls vom behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den die Unfallfolgen regulierenden Versicherern und Beteiligten.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit den erlittenen Unfallverletzungen in Zusammenhang stehen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt unter der Voraussetzung, dass meinem Bevollmächtigten,

Rechtsanwalt Lars Köppen
Bahnhofstr. 22
14712 Rathenow

von allen Auskünften unaufgefordert Abschriften erteilt werden.

Ort, Datum

Unterschrift