

ERKLÄRUNG

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

betreffend : Unfall vom

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

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

Herrn Rechtsanwalt Christian Schluttenhofer, Heilig-Geist-Straße 25 , 83022 Rosenheim

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

....., den

.....
(Unterschrift)