

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hinsichtlich der Geltendmachung von Schadensersatz- bzw. sonstigen Ansprüchen aus dem

Unfall / Vorfall vom _____

entbinde ich

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße, PLZ, Ort

hiermit folgende Ärzte

Name, Anschrift

Name, Anschrift

Name, Anschrift

von der ärztlichen Schweigepflicht
gegenüber den Gerichten,
gegenüber den Strafverfolgungsbehörden,
gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften und
der Rechtsanwaltskanzlei sbp Rechtsanwälte Becker Petrelli PartmbB.

Die Erklärung bezieht sich auf alle notwendigen und erforderlichen Auskünfte, die im Zusammenhang mit dem obigen Unfall bzw. Vorfall stehen. Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass der Rechtsanwaltskanzlei sbp Rechtsanwälte Becker Petrelli PartmbB von den vorhandenen und zukünftigen Gutachten und Auskünften jeweils Abschriften übersandt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift