

Schweigepflichtentbindungserklärung

E R K L Ä R U N G

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Unfall vom _____ behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befaßten Versicherungen, befaßten Schlichtungsstellen der Ärztekammern, den Rechtsanwälten

Dr. Schäfer & Dr. Stein

Friedrich-Ebert-Straße 10, 34117 Kassel

und im Streitfall den zuständigen Gerichten, entbinde.

_____, den _____

Unterschrift