

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

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 den bevollmächtigten Rechtsanwälten Windgassen | Pothmann | Schabio

Anschrift Wuppertal
Neumarktstr. 33
42 103 Wuppertal

Anschrift Marl
Kolpingstr.2
45 768 Marl

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

_____, den _____

(Unterschrift)