

ERKLÄRUNG

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des Schadenfalls bzw. der ärztlichen Konsultation vom behandelt haben und weiter behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit den erlittenen Verletzungen / Schadenfolgen in Zusammenhang stehen. Die Beiziehung aller einschlägigen Krankenunterlagen wird ausdrücklich gestattet.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gilt gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden und den beteiligten Rechtsanwälten und zwar jeweils unter der Bedingung, dass die von mir beauftragte Rechtsanwaltskanzlei **DR. BEHRENS, DAALMANN, PEITZ, KAPITANY-BEHRENS, HEINE & MÖHRMANN, AM OSTPARK 14, 33604 BIELEFELD**, gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

NAME :

VORNAME :

GEBURTSDATUM :

ANSCHRIFT :

.....

....., den

.....

(Unterschrift)