

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Patient:

Name:

Straße:

Wohnort:

Geburtsdatum:

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich anlässlich des Unfalls / anlässlich

vom

behandelt haben oder noch behandeln von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass der Rechtsanwaltskanzlei Dr. Walena, Leopold und Kollegen und der Haftpflichtversicherung meines Unfallgegners alle angeforderten Auskünfte über meine Unfallverletzungen und die Art und Dauer der Behandlungen erteilt und Ihnen von allen Berichten, Auskünften und Gutachten Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Datum, Unterschrift