



ERKLÄRUNG
über Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft: Unfall / Vorfall vom

.....

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, der Staatsanwaltschaft und dem zuständigen Gericht .
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Informationen erteilt werden, die im Zusammenhang mit erlittenen Verletzungen aus dem obig genannten Vorfall stehen, und dass von allen Berichten, Attesten und Gutachten den bevollmächtigten Rechtsanwälten

NederObert, Pirckheimer Str.33, 90408 Nürnberg,

Kopien zur Einsicht zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

....., den

(Ort)

(Datum)

.....

-Unterschrift-