

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall/Vorfall vom _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen - und zwar einschließlich Vorerkrankungen.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind dem bevollmächtigten Benjamin Quenzel, Hallesche Straße 81, 06295 Lutherstadt Eisleben Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____