# E r k l ä r u n g

Ich entbinde hiermit alle Ärzte und sonstigen Medizinalpersonen, die mich aus Anlass der Behandlung aufgrund

……..
(Unfall / Anlass der Behandlung)

persönlich ärztlich behandelt oder untersucht haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften und -diensten
b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen
d) den gerichtlich bestellten Sachverständigen,

Mit der Hinzuziehung der entsprechenden Patientenunterlagen durch das Gericht bin ich einverstanden.

Name: .....
Vorname: .....
Geburtsdatum: .....
Anschrift: .....
.....

..... .....
(Ort/Datum) (Unterschrift)

Copyright © 2008-2023
Lewandowski Rechtsanwälte
Fachanwälte für Verkehrsrecht, Versicherungsrecht und Medizinrecht
Siemensstraße 13, 12247 Berlin,
Tel: 030/28391883/-884, Fax: 030/28391882
www.rechtsanwalt-steglitz.de
kontakt@rechtsanwalt-steglitz.de