

In Sachen:

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

(Vorname, Name) _____

(Straße, Hausnummer) _____

(Postleitzahl, Ort) _____

anlässlich meiner am _____ erlittenen Unfallverletzungen alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an der Heilbehandlung beteiligt waren, sind oder werden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass Stellungnahmen und Auskünfte der Ärzte schriftlich erteilt und in Kopie an die von mir beauftragte Rechtsanwältin

Cornelia Kofalk, Rote Str. 10 a, 21335 Lüneburg

zugesendet werden.

_____, den _____

.....

Unterschrift