

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich, _____, geb. am _____
Name

wohnhaft in: _____
Anschrift

alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Schadensereignis vom _____
behandelt haben oder behandeln werden, gegenüber den beteiligten Rechtsanwälten,
Versicherungsgesellschaften, Strafverfolgungsbehörden und Gerichten von ihrer ärztlichen
Schweigepflicht.

Kopien der erteilten Auskünfte sollen, soweit sie diesem nicht bereits im Original zur Verfügung
gestellt werden/wurden, meinem

Rechtsanwalt
Michael Heilmann
Gutenbergstraße 61
14469 Potsdam
Tel. 0331/291710
Fax.: 0331/280 43 41

zum Aktenzeichen _____ übersendet werden.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)