

AZ: _____/____

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEFLICHT

Ich entbinde hiermit alle Ärztinnen und Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfallereignis vom _____ behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

- a.) den beteiligten Versicherern
- b.) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c.) den beteiligten Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils eine Abschrift den von mir beauftragten Rechtsanwälten, nämlich den

ZÄNKER ■ WARNER RECHTSANWÄLTE

St.-Georg-Straße 28, 18055 Rostock

Tel.: 03 81 / 2 07 40 - 0
Fax: 03 81 / 2 07 40 - 11
E-Mail: info@rae-zaenker-warner.de

zusenden.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum /-ort: _____ / _____

Anschrift: _____

....., den,
Ort, Datum

.....
Unterschrift