

E r k l ä r u n g
über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Unfall vom

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten den bevollmächtigten Rechtsanwälten Altemann, Niemeyer, Schmidt & Partner, Erbschlöer Str. 12-14, 42369 Wuppertal, Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum :

Anschrift :

....., den

(Unterschrift)