

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

Anschrift: _____

die mich behandelnde Ärztin / den mich behandelnden Arzt:

Name: _____

Anschrift: _____

von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht im Zusammenhang mit der Behandlung seit / nach dem Unfall vom _____ gegenüber den Rechtsanwälten HCL Herion, Lutz & Kollegen, Poststraße 3 in 85276 Pfaffenhofen, sowie gegenüber der gegnerischen Haftpflichtversicherung.

Mit dieser Erklärung entbinde ich freiwillig zur Klärung meiner Schadensersatzansprüche Ärztin, Zahnärzte und andere Personen die mit der medizinischen Behandlung meiner Unfallfolgen befaßt sind, sowie die Kostenträger dieser Behandlung von ihrer Schweigepflicht - und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt auch für Vorerkrankungen.

Ich bin einverstanden, dass die Rechtsanwälte die Angaben zur Vorlage bei Versicherungen, Behörden und vor Gericht verwenden.

Pfaffenhofen, den _____

Unterschrift

