

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle mich anlässlich des Unfalls vom _____ 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

**Rechtsanwälten
schaefer+blöcher,
Walkmühlstraße 12,
99084 Erfurt**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____