

SCHWEIGEPFLICHT- ENTBINDUNGSERKLÄRUNG



ANWALTSKANZLEI
BRÜCKNER

Hiermit erteile ich,

.....

Name

Geburtsdatum

.....
Anschrift

folgenden Ärzten,

Herr/Frau Dr.

.....

Name, Anschrift

Herr/Frau Dr.

.....

Name, Anschrift

die mich aufgrund des Unfallereignisses vom

.....

behandelt haben und behandeln werden, die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungen
- den beteiligten Gerichten
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen,

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Gewissen gemacht.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift