

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Name:

Vorname:

Geb.:

Anschrift:

entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe und Krankenkassen sowie deren Bedienstete und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden ,die mich aus Anlass der am _____ erlittenen Verletzungen behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen/körperlichen Beeinträchtigungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinem Bevollmächtigten

**Rechtsanwalt
Thorsten Herschke
Stephanstraße 7a
18055 Rostock**

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift