

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Vorname

Name

Geburtsdatum

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

entbinde hiermit sämtliche Ärzte, insbesondere _____

- die mich nach dem Unfall am _____, in _____, wegen der von mir erlittenen Verletzungen bzw. Erkrankungen behandelt haben, bzw. noch aktuell behandeln,
- bei denen ich mich aufgrund meiner Erkrankungen in Behandlung befunden habe oder aktuell noch befinde,
- in der Angelegenheit _____,

von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber den beteiligten Versicherungsgesellschaften, den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden, den beteiligten Rechtsanwälten und insbesondere

den Rechtsanwälten Terhorst und Molwitz, Heinrichsallee 8, 52062 Aachen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt unter der Voraussetzung, dass die jeweilige Auskunft nur schriftlich erfolgt und jeweils eine Kopie der Stellungnahme den von mir bevollmächtigten Rechtsanwälten Terhorst und Molwitz in Aachen zugeht.

_____, den _____

Unterschrift