

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name:

Vorname:

Geb.datum:

Anschrift:

— Ich entbinde alle Ärzte, die mich aus Anlass des am _____ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den durch den vorgenannten Unfall / Vorfall erlittenen Verletzungen im Zusammenhang stehen, an

— **SAAGER TEUBER Rechtsanwälte**
Franz-Mehring-Platz 1
10243 Berlin
Tel. (030) 21607990
Fax (030) 21607992

erteilt werden können.

(Datum, Unterschrift)