Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreffend Unfall / Vorfall vom _____
in _____

entbinde ich,

Name, Vorname: _____

Geburtstag, Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Frau / Herrn Dr. med. _____

Anschrift _____

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen, einschließlich der Vorerkrankungen.

Ich bitte Sie, von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem in dieser Angelegenheit bevollmächtigten

Rechtsanwalt Christian Hoelke, Doberaner Straße 129, 18057 Rostock
Telefon: 0381/877 069 75, info@rechtsanwalt-hoelke.de

Abschriften zur Verfügung zu stellen.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift