

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name: _____

Anschrift: _____

alle behandelnden Ärzte gegenüber

LAMPRECHT RECHTSANWÄLTE
Wormser Landstraße 247
67346 Speyer

von der ärztlichen Schweigepflicht hinsichtlich des Unfalls / der Krankheit / des Vorfalls:

_____.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht hinsichtlich des vorgenannten Ereignisses gilt auch für die beteiligte Versicherungsgesellschaft:

_____.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß alle Auskünfte erteilt werden, die im ursächlichen Zusammenhang mit den erlittenen Folgen, insbesondere Verletzungen, des Ereignisses stehen und daß von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten Anwaltskanzlei LAMPRECHT RECHTSANWÄLTE Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift