

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

(Name, Vorname, Anschrift),

geboren, am:

alle Ärzte, die mich aufgrund

(Vorfall, Unfallereignis, Tatbestand, Vertragsverhältnis; wenn möglich mit Angabe von Ort und insbesondere Datum)

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit dem vorstehend genannten Geschehen erlittenen Folgen und Gesundheitsbeeinträchtigungen im Zusammenhang stehen, an beteiligte Versicherungsgesellschaften, Rechtsanwälte, ggf. Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, erteilt werden können. Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass der für die Bearbeitung und Regulierung meiner Ansprüche aus dem vorstehend genannten Geschehen beauftragten **RA Hubertus Strüber, Industriestr. 6, 83395 Freilassing**, mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

Freilassing, den _____

(Unterschrift)