

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich aus Anlass eines Vorfalles/Unfalles behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber Versicherungen, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden und den Rechtsanwälten Ewald pp. unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskunft und Stellungnahmen schriftlich erteilen und eine Kopie den Rechtsanwälten Ewald pp. zusenden.

Name, Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Bank: _____

Kto-Nr.: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber: _____

Arzt / Krankenhaus: _____

Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift