

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle Ärzte, die mich aus Anlass des Unfallereignisses vom behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Versicherungen
- den beteiligten Gerichten
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie den von mir beauftragten Rechtsanwälten:

kin · dimitrow Rechtsanwälte
Schwarzenbergstr. 21
21073 Hamburg

tel: +49 40 60436917, fax: +49 40 60436916, email: info@kd-recht.de, web: kd-recht.de

zusenden.

Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift