

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie deren Bedienstete und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen/körperlichen Beeinträchtigungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinen bevollmächtigten

Rechtsanwälten
Dr. Laumann, Konermann und Kollegen
Timmermanufer 170
48429 Rheine
05971/914 61 0
Info@dr-Laumann.de

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

.....

(Ort, Datum, Unterschrift)