Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

betrifft: Unfall / Ereignis vom .....

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen (Unfall-)Verletzungen stehen.

Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sollen den bevollmächtigten

F.E.L.S Rechtsanwälte
Dr. Mathias Fleischmann, Kurt Eschlwöch, Horst Steier, Dr. Uwe Scheder, Dr. Thomas Mronz, Karl-Friedrich Hacker, Dr. Dieter Mronz, Dr. Tom F. Petrick, Dr. Monika Görtz-Leible, Michael Schädlich, Oliver Schuster, Ulrich Eichbaum, Roman Nolte, Dr. Tobias Liebau, Christian Becker, Melanie Brandt, Hendrik Wilken, Florian Dorth, Jürgen Feldsmann, Sabrina Meier, Dr. Lars Peetz, Kathrin Freudenreich
Löhestr. 11, 95444 Bayreuth

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

.....

....
Ort, Datum Unterschrift