

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 Eschwöch, Horst Steier, Dr. Uwe Scheder,
Dr. Thomas Mronz, Karl-Friedrich Hacker, Dr. Dieter Mronz, Tom Petrick,
Dr. Monika Görtz-Leible, Michael Schädlich, Oliver Schuster,
Ulrich Eichbaum, Marcus Kurmann, Jens Rödel, Dr. jur. Simone Bayer, Roman Nolte, Dr.
Tobias Liebau, Christian Becker
Löhestr. 11, 95444 Bayreuth

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Ort, Datum

Unterschrift