

Erklärung

zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle Ärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenhäusern und Behörden, die mich aus Anlass des am erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten
- d) den beteiligten Behörden, insbes. Sozialleistungsträgern

unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt, **Herr RA Alexander Lost, Bornheimer Landwehr 22, 60385 Frankfurt am Main**, gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Ort

Datum

Unterschrift