

ENTBINDUNG von der SCHWEIGEPFLICHT

Ich entbinde hiermit alle Ärzte/innen / Krankenanstalten, die mich aus Anlass des am

.....

erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht bezüglich der unfallbedingten / schadenbedingten Verletzungen und deren Folgen und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- c) den beteiligten Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erfolgt unter der Bedingung, dass Stellungnahmen und Auskünfte der Ärzte gegenüber den genannten Dritten schriftlich erteilt und in Kopie an die von mir beauftragten

PWR Rechtsanwälte (RA Reitzmann)

Hügelstraße 2

60435 Frankfurt/Main

zugesendet werden.

Herr / Frau _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift: _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Unterschrift

Datum