

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Betreff: Unfall/Vorfall vom

Hiermit entbinde ich, Herr/Frau, wohnhaft

in

alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie deren Bedienstete und Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der 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 Verletzungen/körperlichen Beeinträchtigungen stehen und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten meinem bevollmächtigten

Rechtsanwalt Murat Beslenmis
Hafenstraße 66
27576 Bremerhaven

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift