

Erklärung
über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Ereignis vom _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Rechtsanwältin Karola Schlüter-Oelkers, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten Rechtsanwältin

SOR Rechtsanwälte
Karola Schlüter-Oelkers, Hickengrundstraße 31, 57299 Burbach

sowie den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden im Zusammenhang mit der oben genannten Behandlung und den Folgebehandlungen stehen, und dass von allen Berichten, Patientenunterlagen Auskünfte und Gutachten den bevollmächtigten Rechtsanwälten Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Ort / Datum

Unterschrift