

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Anschrift: _____

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass der am _____ erlittenen Verletzungen behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

den beteiligten Versicherungsgesellschaften

den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden

den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte, Gutachten und Stellungnahmen erteilen und davon zumindest eine Kopie oder das Original der von mir beauftragten Rechtsanwaltskanzlei

Höffmann & Partner Rechtsanwälte

Rechtsanwälte

Bürgermeister-Heukamp-Str. 23

49661 Cloppenburg

zusenden. Wenn möglich, sollen Berichte, Auskünfte und Stellungnahmen per E-Mail an

info@hoeffmann-partner.de

gesendet werden. Kosten für die Erstellung von Arztberichten, Stellungnahmen, Gutachten und sonstigen Auskünften übernehme ich. Die Kostenrechnung kann an die von mir beauftragte Rechtsanwaltskanzlei übersandt werden.

Ort, Datum

Unterschrift