

ERKLÄRUNG

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

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

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der

Rechtsanwaltskanzlei
KOPP und PARTNER
Lengericher Str. 2, 49809 Lingen (Ems)

zusenden.

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:

Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten sowie die eingeholten Gesundheitsdaten erhoben, gespeichert und genutzt werden können und gegebenenfalls an medizinische Gutachter weitergegeben und die Daten von diesen verwendet werden, soweit dies zur Anspruchsprüfung und Durchführung oder Beendigung des Auftrages erforderlich ist.

....., den
(Unterschrift)