

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

sämtliche Ärzte, die mich anlässlich des Unfalles / Vorfalles vom
behandeln, behandelt haben bzw. behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt gegenüber

- beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen
- beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- beteiligten Versicherungsgesellschaften

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zeitgleich eine Kopie der von mir beauftragten nachfolgend benannten Anwaltskanzlei

Rechtsanwältin
Heike Hanke-Damschen
Franz-Ehrlich-Str. 12
12489 Berlin,
Tel.: 030 - 6392 80 208
Fax: 030 - 6392 80 209
Mail: kanzlei@hanke-damschen.de

zusenden.

Berlin, den

Unterschrift