

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich entbinde hiermit

Herrn/Frau Dr. med.

in

im Zusammenhang mit dem Unfall/Vorfall vomin

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden mit dem Schadensfall befassten Personen:

- a. Versicherungsgesellschaften
- b. Rechtsanwaltskanzlei Werner. M. Philipps, Horster Straße 30, 45897 Gelsenkirchen
- c. beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem Schadensfall in Zusammenhang stehen.

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erfolgt unter der Bedingung, dass der von mir bevollmächtigte

Herr Rechtsanwalt und Notar Werner M. Philipps
Horster Straße 30
45897 Gelsenkirchen

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

Gelsenkirchen-Buer, den

Unterschrift