

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Vorfall vom _____

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Rechtsanwalt Leonard Chodkiewicz, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

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

Leonard Chodkiewicz, Hoheluftstraße 8, 23758 Oldenburg in Holstein

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift