



ANWALTSOZIETÄT
WOLF
VOLKERT

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreff: Unfall vom

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem in Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen, und zwar einschließlich Vorerkrankungen. Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind meinen Prozessbevollmächtigte,

Rechtsanwälte Wolf u. Volkert, Gärtnerstr. 21, 90408 Nürnberg
Tel. 0911/361966, Fax 0911/364198,

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)