

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betreffend den Vorfall vom

entbinde ich

Vor- und Nachname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Geburtsdatum:

alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht hinsichtlich aller erforderlichen Auskünfte, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen aus dem oben genannten Vorfall stehen gegenüber dem von mir beauftragten Rechtsanwalt Daniel Speckamp, Schongauerstraße 1, 87656 Mauerstetten und beteiligten Versicherungsgesellschaften unter der Bedingung, dass von allen ärztlichen Berichten, Auskünften und Gutachten eine Kopie dem von mir beauftragten Rechtsanwalt übermittelt wird.

Mauerstetten, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift