

ERKLÄRUNG

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Unfall vom _____

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen stehen, unter der Bedingung, dass dem von mir beauftragten

Rechtsanwalt
Hans-Jürgen **Rippe**
Hauptstraße 24
27801 Neerstedt
Telefon 0 44 32 / 94 16 - 0
Fax 0 44 32 / 94 16 - 2
E-Mail: kontakt@ra-rippe.de

gleichzeitig und unaufgefordert Abschriften aller Berichte, Auskünfte und Gutachten übersandt werden.

Datum

Unterschrift