

SCHIRMBECK
WEBER

SCHIRMBECK
GbR

Rechts- und Fachanwälte

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich meinen Arzt

Namen: _____ Praxis: _____

Anschrift: _____

Tel: _____ E-Mail _____

im Hinblick auf die Verletzungen aus dem Unfall/Vorfall vom _____ von seiner ärztlichen

Schweigepflicht gegenüber der Rechtsanwaltskanzlei SCHIRMBECK/SCHIRMBECK/WEBER und den mit der Abwicklung betrauten Versicherern unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt und der Kanzlei auf deren Anforderung in Kopie zugesandt werden. Der Arzt ist befugt, allen als Beteiligten in Betracht kommenden Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Sozialleistungsträgern über alle Umstände – einschließlich Vorerkrankungen - Auskunft zu geben, die mit dem vorbenannten Anlass im Zusammenhang stehen oder stehen könnten. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Unterschrift, Datum