

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Unfall / Krankheit

Den / Die behandelnden Arzt/Ärzte :

in :

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Rechtsanwältin Knipker, Detmolder Str. 164, 33100 Paderborn, Telefon: 05251/8773995, Telefax: 05251/8773998 von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Ich gestatte insbesondere, dass Rechtsanwältin Knipker mündlich und schriftlich umfassend Auskunft erteilt wird. Der Rechtsanwältin Knipker gestatte ich ferner, die ihr erteilten Auskünfte und überreichten Unterlagen an Dritte, insbesondere an Versicherungen, Gerichte und Behörden weiterzureichen.

Die Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Name

Vorname

Geb.Dat.

Anschrift

..... OrtDatum

..... Unterschrift