

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

.....
...
(Name, Vorname, Straße/Hausnummer, PLZ / Wohnort)

.....
(Name des Arztes, Straße/Hausnummer, PLZ / Wohnort)

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Mit der Erteilung aller Auskünfte bezüglich der erlittenen Unfallverletzungen erkläre ich mich einverstanden unter der Voraussetzung, dass den von mir bevollmächtigten Rechtsanwälten

**Dr. Kohring & Eberhardt
in Bürogemeinschaft mit
Stefan Schmidt-Kohring
Bahnhofstraße 13, 59174 Kamen**

von allen Berichten, Auskünften und Gutachten Abschriften bzw. Kopien zur Verfügung gestellt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift