

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vorliegend entbinde ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Alle mich behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe die mich anlässlich des u. g. Ereignisses untersucht, beraten oder behandelt haben, von Ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus.

Diese Erklärung gilt gegenüber

Frau Rechtsanwältin Dipl.-Jur. Univ. Dagmar Ciccotti, Maxhüttenstraße 12, 93055 Regensburg.

Die Erklärung bezieht sich auf

Schadensereignis/Anlass: _____

Ferner bin ich damit einverstanden, dass meiner Rechtsanwältin alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang des obigen Ereignisses stehen und Abschriften von Berichten und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

Ort, Datum

Unterschrift