

ENTBINDUNGSERKLÄRUNG VON (ÄRZTLICHER) SCHWEIGEPFLICHT

Hiemit entbinde ich,

.....
 - Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) -

.....
 - Anschrift -

für mich selbst - geboren am:

für mein Kind:
 - Name, Vorname -

- geboren am:

die behandelnden Ärzte / den behandelnden Arzt / Krankengymnasten /-in,

.....
 - Name, Anschrift -

.....
 - Name, Anschrift -

.....
 - Name, Anschrift -

.....
 - Name, Anschrift -

.....
 - Name, Anschrift -

.....
 - Name, Anschrift -

betreffend des Verkehrsunfalls / Unfalls / Vorfalles / der Körperverletzung / Verletzung vom

vollumfänglich von der (ärztlichen) Schweigepflicht gegenüber der Anwaltskanzlei Zakrzewski & Kollegen, Deinhardplatz 3, 56068 Koblenz / Maximilianstraße 92, 67346 Speyer.

Der Arzt / die Ärzte / Krankengymnasten werden hiermit ausschließlich von mir selbst beauftragt die gewünschten Auskünfte in schriftlicher oder mündlicher Form zu erteilen.

Mir ist bekannt, dass ich evtl. anfallende Kosten der ärztlichen Auskunft grundsätzlich selbst tragen muss.

.....
 Ort

.....
 Datum

.....
 Unterschrift