

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft: Unfall vom _____

Hiermit entbinde ich

Name: _____

Adresse _____

Herrn/Frau Dr. med.

Name des Arztes: _____

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit der Erteilung aller Auskünfte über meine Behandlung wegen der Unfallverletzungen erkläre ich mich einverstanden unter der **Voraussetzung**, dass den von mir bevollmächtigten Rechtsanwälten

Dr. Rehse und Partner aus 48653 Coesfeld, Borkener Str. 2, Tel. 02541/84570

von allen Berichten, Auskünften u. Gutachten Abschriften oder Kopien zur Verfügung gestellt werden.

_____, den _____
