

# Erklärung

## über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

### **Betreff:**

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Rechtsanwältin, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Unfallverletzungen stehen, und daß von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der bevollmächtigten

Rechtsanwältin Sabine Hallmann, 32683 Barntrup, Ostersiek 34

Abschriften zu Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Barntrup, den

---

Unterschrift