

DRINGENBERG

R E C H T S A N W Ä L T E

CHEMNITZ GRIMMA KAMENZ SOEST WILKAU-HAßLAU

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich alle Ärzte und nichtärztlichen Mitarbeiter

des/der

.....
(Anschrift)

von der Schweigepflicht gegenüber

-) meinen Rechtsanwälten
-) der/den beteiligten Versicherungsgesellschaft(en)
-) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
-) den Gutachterstellen
-) meiner Krankenkasse

Insoweit erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte und Stellungnahmen erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen/Schmerzen/meinem Krankenhausaufenthalt

stationäre Behandlung: von.....bis.....

ambulante Behandlung: von.....bis.....

stehen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ort, Datum

Unterschrift