Erklärung
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betr.: Unfall/Vorfall vom _____ in _____.

Herrn/Frau Dr. med. _____

in _____

entbinde ich hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte, die mit den durch den vorgenannten Unfall/Vorfall erlittenen Verletzungen im Zusammenhang stehen, an beteiligte Gerichte und Strafverfolgungsbehörden, an beteiligte Versicherungsgesellschaften oder an beteiligte Rechtsanwälte erteilt werden können.

Voraussetzung für mein Einverständnis ist, dass die Kanzlei

RAINER GRÄGER, LL.M. (H.K.)
RECHTSANWALT
Fachanwalt für Medizinrecht
Friedrichstraße 204 ▪ 10117 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 493013-53
Telefax: +49 (0) 30 493013-59

mit gleicher Post unaufgefordert eine Durchschrift der gemachten Angaben erhält.

_____, _____ _____

Ort Datum Unterschrift