

**Erklärung
über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Unfall vom

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
(Name des Arztes, Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

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 dem(n) bevollmächtigten Rechtsanwalt/Rechtsanwälten

BACKEN, NISSEN & HEINICKE GbR
PETER H. BACKEN,
DR. JUR. ULF A. NISSEN &
SASCHA HEINICKE
Altenholzer Straße 5-7
24161 Altenholz/Kiel

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

....., den
Unterschrift