



## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

den Arzt/die Ärztin: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

sowie alle weiteren an der Behandlung beteiligten Ärzte gegenüber der Anwaltskanzlei Schwankl, Hainichenring 10, 46284 Dorsten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, den Gerichten und Strafvollstreckungsbehörden, von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen stehen von allen Berichten, Auskünften und Gutachten der von mir Bevollmächtigte

Rechtsanwalt Schwankl, Hainichenring 10, 46284 Dorsten,

Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

Dorsten,

\_\_\_\_\_  
Unterschrift