

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft: Unfall vom _____

Hiermit entbinde ich

Name: _____

Adresse _____

Herrn/Frau Dr. med.

Name des Arztes: _____

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit der Erteilung aller Auskünfte über meine Behandlung wegen der Unfallverletzungen erkläre ich mich einverstanden unter der Voraussetzung, daß den von mir bevollmächtigten Rechtsanwälten

**Heiko Urbanzyk und Christian Engel aus 48653 Coesfeld, Kellerstraße 4 / 1. OG,
Tel.: 02541-9703000**

von allen Berichten, Auskünften u. Gutachten Abschriften oder Kopien zur Verfügung gestellt werden.

Hinweis nach § 49 b BRAO: Die gesetzlichen Gebühren unserer Tätigkeit sind geregelt im Rechtsanwaltsvergütungsgesetz und berechnen sich außer in Strafsachen und sozialgerichtlichen Angelegenheiten nach dem Gegenstandswert der rechtlichen Auseinandersetzung.

_____, den _____

Unterschrift