

## 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 dem von mir bevollmächtigten Rechtsanwalt

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

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

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift