

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

_____ (Vorname Name),

_____ (Geburtsdatum und -ort),

_____ (Anschrift)

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich anlässlich des Unfalls am

am _____ (Unfalldatum) in _____ (Unfallort)

behandelt haben und behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Ordnungsbehörden, Strafverfolgungsbehörden und Gerichten
- den beteiligten Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass Auskünfte und Stellungnahmen ausschließlich schriftlich erfolgen und davon jeweils eine Abschrift dem von mir in der Sache bevollmächtigten Rechtsanwalt

Rechtsanwalt Alexander Zehe
Eschersheimer Landstraße 526-532
60433 Frankfurt am Main
Telefon 069 34872000
Telefax 069 348720077
Mail kanzlei@azanwalt.de

übermittelt wird.

_____, den _____

(Unterschrift)