

Ärztliche Schweigepflichtenbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

alle Ärzte, die mich aus Anlass der am _____ erlittenen Verletzungen behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber den beteiligten

- Versicherungsgesellschaft
- Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- Rechtsanwälte/Rechtsanwältinnen,

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon eine Abschrift an die von mir beauftragten Rechtsanwälte BÜTTNER & MARKERT, Roßmarkt 1-3, 97638 Mellrichstadt senden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift