

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht



FLORIAN SCHUMANN

Rechtsanwalt

Am Sparrenberg 22

33602 Bielefeld

Telefon 0521 | 329 11 73

Telefax 0521 | 329 11 72

anwalt@florian-schumann.de

Hiermit entbinde ich die nachfolgend genannten Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht über die Behandlung im Zusammenhang mit dem Unfall/Vorfall vom

gegenüber dem Rechtsanwalt Florian Schumann, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden.

Diese Erklärung gilt für folgende Ärzte/Kliniken etc. (jeweils Name und Anschrift):

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit den erlittenen Verletzungen stehen, und dass von allen Berichten, Auskünften und Gutachten dem Rechtsanwalt Florian Schumann, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden Abschriften zur Verfügung gestellt werden.

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)