

Schweigepflichtenentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

geb. am _____

bzgl. des Unfalls / Ereignisses / der Behandlung vom.

sowie damit evtl. im Zusammenhang stehender Vor- oder Folgeerkrankung meine behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Gleichzeitig willige ich ein, dass die erteilten Auskünfte auch vom Versicherer zur weiteren Bearbeitung gespeichert und an dortige Beratungsärzte im Rahmen der Regulierung weitergegeben werden dürfen.

Auskünfte sollen insbesondere erteilen (Name und Anschrift des Arztes):

Vorraussetzung für die Entbindung ist, dass meinen Bevollmächtigten, den Rechtsanwälten Dr. Fenner Bockhöfer Henkys, Würde 11, 26789 Leer, jeweils eine Abschrift jeder ärztlichen Stellungnahme, insbesondere von jedem ärztlichen Bericht, Gutachten etc. zugestellt wird.

Leer, den

Unterschrift _____